Rok L. Kraków, dnia 1. lipca 1911. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O wpływie alkoholu na rozwój raka u myszy białych.

(Część druga badań eksperymentalnych nowotworów złośliwych).

Przez

Adama Wrzoska.

(Dokończenie).

Można jednak myszy przyzwyczaić do wypijania codziennie nawet sporej ilości alkoholu, jeżeli stopniowo dodawać im alkohol do mleka, zaczynając od bardzo małych dawek, albo jeżeli im dawać alkohol w mleku od chwili, gdy same zaczynają pić i jeść, a więc poczynając od 17—20 dnia po urodzeniu.

Pragnąc zbadać wpływ alkoholu na rozwój raka, zaszczepionego myszom białym, do każdego szeregu eksperymentów wybierałem myszy, o ile możności, jednakowego wieku, jednakowej wagi, a nieraz i z jednego miotu. Wybrane w ten sposób myszy dzieliłem na dwie części, zaszczepiałem im pod skórę w jednakowem miejscu i w jednakowej ilości miazgę gruczolako-raków Nr I. i Nr. IV., opisanych w poprzedniej pracy [1]). Jednej części myszy dawałem pszenicę i mleko bez alkoholu, drugiej takie samo jadło, lecz do mleka dodawałem alkohol w rozmaitej ilości, zaczynając z początku od małych dawek, a potem je stopniowo zwiększając. Myszy do eksperymentów wybierałem młode, 2—3 miesięczne. Szczepiłem im nowotwór zmiażdżony nożyczkami lub specyalną maszynką do miażdżenia tkanek. Miazgę nowotworu szczepiłem nierozrzedzoną, lub też rozrzedzoną roztworem fizyologicznym soli kuchennej. Dawka miazgi nowotworu, po odliczeniu roztworu fizyologicznego, jeżeli miazga była rozrzedzona, wynosiła, w rozmaitych szeregach eksperymentów, od 5,7 mg. do 25 mg. Zaszczepione nowotwory przyjmowały się nie wszystkim myszom. Nowotwór Nr I. zaszczepiłem ogółem 111 myszom: 61 alkoholizowanym i 50 kontrolnym. Z liczby pierwszych nowotwór nie przyjął się 29 myszom (47·54%), z liczby drugich — 19 (38%). Nowotwór Nr IV. zaszczepiłem 159 myszom: 78 alkoholizowanym i 81 kontrolnym. Z pierwszych nowotwór nie przyjął się 25 myszom (32·1%), z drugich — 21 myszom (26%). — Niektóre z zaszczepionych myszy, którym nowotwór się przyjął, użyłem do innych eksperymentów, mianowicie do dalszego przeszczepiania nowotworów.

W podanych niżej tablicach, w których zestawiłem wyniki eksperymentów, uwzględniłem te tylko myszy, którym nowotwór się przyjął i które były obserwowane do końca życia. Jeżeli w uwagach obok tablic zamieszczonych niema żadnej wzmianki o sposobie dawania alkoholu, to znaczy, że myszy dostawały alkohol w mleku od dnia zaszczepienia nowotworu. Jeżeli dawka dzienna alkoholu absolutnego wynosiła średnio dla jednej myszy 0·05 cm³ — 0,1 cm³, to w tablicach dawka taka oznaczona jest jako średnia, jeżeli zaś wynosiła więcej, niż 0,1 cm³, jako duża. W tablicach podałem także wagę nowotworów, które ważyłem po sekcyi myszy. Nie zawsze jednak można było oznaczyć dokładnie tę wagę, gdyż, jeżeli po śmierci mysz przez kilka godzin pozostawała w klatce, to nieraz inne myszy wygryzały jej nowotwór w całości lub częściowo. W takich razach w tablicach w rubryce wagi nowotworów umieszczałem znak zapytania. (Tabl. I. i II.).

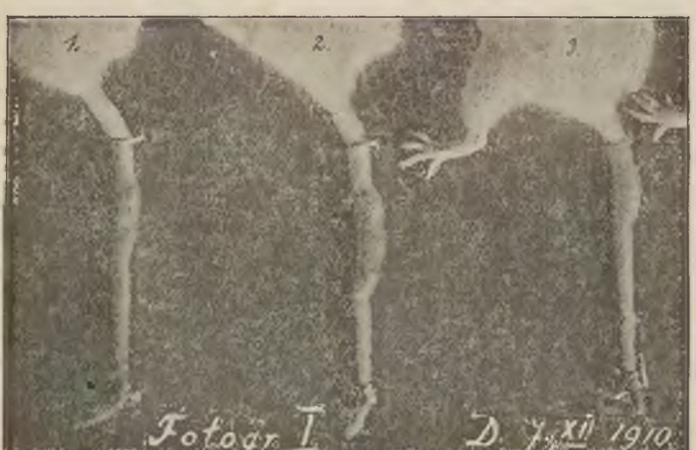
Powyższe wyniki eksperymentów dowodzą, że alkohol nie wywierał wyraźnie ujemnego wpływu na ustrój myszy rakowatych, gdyż myszy te żyły średnio nie krócej, a nowotwory nie rozwijały u nich szybciej, aniżeli u kontrolnych. Wprawdzie w niektórych szeregach eksperymentów, osobliwie gdy do szczepienia użyty był nowotwór Nr I., średnia długość życia myszy kontrolnych była większa, niż alkoholizowanych (szereg eksperymentów 2, 5, 8, 11, 12, 16), natomiast w innych szeregach eksperymentów rzecz miała się wręcz odwrotnie (szereg eksperymentów 1, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 17). Podobnie, waga przeciętna nowotworów ulegała wahaniom w rozmaitych szeregach eksperymentów: w jednych była większa u kontrolnych (1, 2, 5, 7, 8, 12, 14, 15, 16), w innych u myszy alkoholizowanych (3, 6, 9, 11, 13, 17). Częściej atoli zdarzało się, iż nowotwory u myszy alkoholizowanych rozwijały się powolniej, aniżeli u myszy kontrolnych, jak to było n. p. w 15. szeregu eksperymentów, w którym zaszczepiłem nowotwór Nr IV. myszom do ogona dnia 5. XI. 1910. Od d. 7. XII. 1910 zaczęły dostawać alkohol z mlekiem. W dniu tym odfotografowano nowotwory w ogonach u trzech myszy kontrolnych (fotografia I.) i u tyluż myszy, którym zaczęto dawać alkohol (fotografia II.). Do eksperymentów z alkoholem wybrałem w tym szeregu umyślnie takie myszy, którym nowotwór zaczął się szybciej rozwijać, aniżeli u innych. Po miesiącu miałem za-

[1]) A. Wrzosek. O warunkach powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych. Przegląd lekarski, 1910.

TABLICA I.

Myszy zaszczepione nowotworem Nr I.

	Liczba szeregu eksperymentów i data szczepienia nowotworu	Pokolenie zaszczepionego nowotworu	Miejsce zaszczepienia nowotworu	Myszy kontrolne: Płeć myszy	Waga nowotworu	Przeciętna waga nowotworu	Liczba dni życia po zaszczepieniu nowotworu	Przeciętna liczba dni życia	Uwagi	Myszy alkoholizowane: Płeć myszy	Dawka alkoholu	Waga nowotworu w gr.	Przeciętna waga nowotworu	Liczba dni życia po zaszczepieniu nowotworu	Przeciętna liczba dni życia	Uwagi
1	13. XI. 1907	12	grzbiet	♀ ♀ ♂	6·4 9·0 4·5	6·6	44 48 43	45·0		♀ ♀	duża »	3·3 7·2	5·2	56 124	90·0	
2	10. XII. 1907	13	grzbiet	♂ ♀ ♀	9·2 5·7 5·8	6·9	106 64 102	90·7		♂ ♀ ♀	średnia » »	6·5 4·5 0·6	3·9	98 95 31	74·7	Przerzuty w płucach.
3	23. XII. 1907	12	grzbiet	♀ ♀ ♂ ♂	7·9 6·9 3·9 8·1	6·7	71 52 30 41	48·5		♀ ♂ ♂ ♂	duża » » »	7·5 9·1 6·6 4·6	6·9	68 58 32 36	48·5	
4	30. XII. 1907	12	jama brzuszna	♂ ♀	4·0 ?	?	48 57	52·5		♂ ♀	duża »	5·3 3·8	4·5	41 64	52·5	Alkohol wstrzykiwano pod skórę, zaczynając od drugiego dnia po zaszczepieniu nowotworu.
5	1. VI. 1908	16	grzbiet	♂ ♂ ♀	8·0 8·2 5·5	7·2	94 94 64	84·0		♂ ♀	duża »	6·3 5·8	6·0	56 94	75·0	
6	17. VII. 1908	16	grzbiet	♀	3·9	3·9	39	39·0		♀ ♀	średnia »	5·2 7·0	6·1	48 65	56·5	
7	26. III. 1909	22	grzbiet	♀ ♀ ♀	3·3 3·9 3·8	3·7	57 55 55	55·7		♀ ♀ ♂ ♀ ♀	duża » » » »	2·5 4·1 1·5 2·9 3·9	3·0	58 59 67 54 61	59·8	Zaczęły dostawać alkohol w miesiąc po zaszczepieniu nowotworu.
8	8. III. 1911	37	pachwina	♂ ♂ ♀ ♀ ♀ ♀	4·3 5·3 4·7 6·0 5·0 7·0	5·4	25 25 40 46 45 49	38·3		♂ ♂ ♀ ♀ ♂ ♂ ♀ ♀	duża » » » » » » »	3·5 3·8 6·0 4·5 5·0 6·0 3·0 4·5	4·5	19 24 25 27 29 29 34 46	29·1	





miar ponownie odfotografować nowotwory, lecz już po upływie 24 dni padły dwie myszy kontrolne i jedna alkoholizowana. Wobec tego d. 31. XII. 1910 roku można było odfotografować tylko trzy myszy: jedną kontrolną i dwie

TABLICA II.

Myszy zaszczepione nowotworem Nr IV.

Liczba szeregu eksperymentów i data szczepienia nowotworu		Pokolenie zaszczepionego nowotworu	Miejsce zaszczepienia nowotworu	Myszy kontrolne: Płeć myszy	Waga nowotworu	Przeciętna waga nowotworu	Liczba dni życia po zaszczepieniu nowotworu	Przeciętna liczba dni życia	Uwagi	Myszy alkoholizowane: Płeć myszy	Dawka alkoholu	Wada nowotworu w gr.	Przeciętna waga nowotworu	Liczba dni życia po zaszczepieniu nowotworu	Przeciętna liczba dni życia	Uwagi
9	14. I. 1908	6	grzbiet	♂ ♂ ♂ ♂ ♀ ♀ ♀ ♀	4·7 8·3 8·0 4·9 9·1 2·1 8·5 2·0	5·9	86 88 107 71 109 89 124 39	89·1		♂ ♂ ♀ ♂ ♀ ♀ ♀ ♀	średnia » » » » » » »	6·2 3·1 5·2 10·0 7·7 6·2 7·3 7·7	6·7	96 41 93 99 120 96 99 105	93·6	Zaczęły dostawać alkohol na 25 dni przed zaszczepieniem nowotworu Przerzuty w płucach.
10	9. III 1908	7	ogon	♂ ♀	2·0 ?	?	316 149	232·5		♂ ♂ ♀ ♀	średnia » » »	? 0·85 1·6 ?	?	196 289 260 205	237·5	Zaczęły dostawać alkohol w 65 dni po zaszczepieniu nowotw.
11	17. VII. 1908	10	grzbiet	♂ ♀ ♀	4·1 7·3 4·0	5·1	61 89 44	64·7		♂ ♂ ♀ ♀	średnia » » »	2·0 3·2 6·5 9·1	5·2	28 33 36 71	42·0	
12	20. V. 1910	29	grzbiet	♂ ♂ ♂	8·2 8·5 6·7	7·8	55 60 76	63·7		♂ ♂ ♂	duża » »	6·5 9·2 6·5	7·4	61 63 64	62·7	Alkohol wstrzykiwany był pod skórę. Przerz. w płuc.
13	20. V. 1910	29	ogon	♂ ♀ ♀	1·3 0·7 1·2	1·1	59 67 65	63·7	Przerzuty w płuc.	♂ ♀ ♀ ♀	duża » » »	6·5 ? 0·3 4·0	2·3	108 79 79 111	94·2	Przerz. w płuc. » »
14	8. VI 1910	29	grzbiet	♀ ♀ ♀ ♂ ♂ ♀ ♂ ♀ ♂ ♀ ♀	5·2 6·7 10·0 7·2 0·9 2·1 2·6 9·0 8·0 4·8 6·5	5·7	35 35 69 28 26 34 29 47 55 29 40	38·8		♂ ♀ ♀ ♀ ♂ ♂ ♂ ♀ ♀	duża » » » » » » » »	1·3 4·3 3·3 12·0 2·2 3·5 3·5 5·5 5·9	4·6	26 29 37 77 36 49 32 77 44	45·2	Zaczęły dostawać alkohol na 5 dni przed zaszczepieniem nowotworu.
15	5. XI. 1910	34	ogon	♀ ♀ ♀ ♀ ♀	1·9 1·0 1·0 ? 1·2	1·3	46 30 45 31 29	36·2	Przerzuty w płuc. Przerzuty w płuc. » »	♀ ♀ ♀ ♀ ♀	średnia » » » »	1·3 1·3 0·8 1·0 0·7	1·0	60 37 46 38 89	54·0	Zaczęły dostawać alkohol od 33. dnia po zaszczep. nowot. Przerzuty w płucach.
16	20. I. 1911	36	ogon	♀ ♀ ♀ ♀ ♂ ♂ ♂	2·4 1·8 0·05 0·7 0·7 2·7 2·7	1·6	64 83 27 46 66 111 119	73·7	Przerzuty w płuc. » » Przerzuty w płuc. » » » »	♀ ♀ ♂ ♂ ♀ ♀ ♂ ♀ ♀	średnia » » » » » » » »	0·05 0·2 0·1 0·6 ? 0·8 0·5 0·4 0·8	0·4	30 62 55 66 87 83 81 71 83	68·7	Przerzuty w płucach. Przerzuty w płucach. Przerzuty w płucach.
17	4. II. 1911	36	pachwina	♂ ♂ ♂ ♂ ♂ ♂ ♂ ♂	8·0 9·7 0·6 0·8 5·3 0·5 2·8 1·1	3·6	33 35 48 23 21 14 28 31	29·1		♂ ♂ ♂ ♂ ♂ ♂ ♂ ♂	średnia » » » » » » »	5·6 6·0 7·6 8·5 11·2 8·2 8·7 8·5	8·0	24 27 26 29 30 28 33 45	30·2	Zaczęły dostawać alkohol od 14 dnia po zaszczepieniu nowotworu.

alkoholizowane (fotografia III.). Na fotografii tej widać wyraźnie, że mysz L. 3 ma nowotwór daleko większy, aniżeli mysz L. 4, choć przed podawaniem alkoholu myszy L. 4 stosunek nowotworów był całkiem odmienny; nowotwór L. 3 nie jest mniejszy również od nowotworu myszy L. 6, aczkolwiek przed rozpoczęciem podawania alkoholu



mysz L. 6 miała daleko większy nowotwór, aniżeli mysz oznaczona L. 3.

Co się tyczy wreszcie powstawania przerzutów, to cokolwiek częściej spotykało się je u myszy alkoholizowanych, niż u kontrolnych: u pierwszych na 82 myszy u 13, u drugich na 75 u 9.

Ogólny wniosek co do działania alkoholu na myszy rakowate, na zasadzie powyższych eksperymentów, można wysnuć taki:

Alkohol w miernych a nawet w dużych dawkach nie wywiera szkodliwego wpływu na myszy białe, mające przeszczepionego raka. Nie zauważyłem również, iżby alkohol, podawany myszom przez długi czas przed zaszczepieniem im nowotworu, szkodliwie wpływał na ich ustrój, usposabiając go do mniejszej względem zaszczepionych nowotworów odporności. Świadczy o tem następujące spostrzeżenie. Myszom w jednej klatce w ciągu 10 miesięcy dodawałem stale do mleka alkohol w dawkach umiarkowanych, przyczem na każdą mysz wypadało absolutnego alkoholu od 0·05 do 0·1 cm³. Myszy nie wykazywały żadnych zaburzeń i rozmnażały się dość licznie. Młode, od rodziców alkoholizowanych pochodzące, pozostawały w tej samej klatce, w której się urodziły. Jak tylko przestawały ssać, piły to samo mleko z alkoholem, co ich rodzice. Owóż myszy, pochodzące od rodziców alkoholizowanych i same alkoholizowane, bynajmniej nie były wrażliwsze na szczepienie nowotworów, aniżeli myszy, pochodzące od rodziców, którzy alkoholu nie dostawali. Jako przykład przytaczam sprawozdanie z jednego szeregu eksperymentów.

Do pachwiny zaszczepiłem po 25 mg. miazgi nowotworu Nr IV: po pierwsze, 11 myszom, które dostawały alkohol wraz z mlekiem w umiarkowanych dawkach od chwili, gdy tylko same jeść zaczęły, i których przodkowie dwóch pokoleń wstecz dostawali również stale alkohol w umiarkowanych dawkach, do mleka dodawanych; po wtóre, 15 myszom, które nie pochodziły od myszy alkoholizowanych i same alkoholu nie dostawały. Wszystkie wymienione myszy były mniej więcej jednego wieku: miały od 2 do 3 miesięcy. Po zaszczepieniu im nowotworu wszystkie w jednej klatce umieściłem i jednakowo odżywiałem pszenicą i mlekiem. Z pośród pierwszych myszy (alkoholizowanych przed zaszczepieniem nowotworu) nowotwór przyjął się u 9; średnia liczba dni życia tych 9 myszy, po zaszczepieniu nowotworu wynosiła 36 dni, a średnia waga ich nowotworów 7·4 gr. Z pośród drugich myszy (kontrolnych) nowotwór przyjął się u 14; po zaszczepieniu nowotworu żyły one średnio po dni 28·5, a nowotwory ich ważyły średnio po 7·3 gr.

Po wspomnianych wyżej eksperymentach pozostawało jeszcze zbadać, jak wpływa alkohol na rozwój nowotworów, jeżeli zadziałać nim bezpośrednio na miazgę nowotworową przed zaszczepieniem jej myszom.

W tym celu wykonałem dwa szeregi eksperymentów na myszach młodych, o ile możności jednakowego wieku i jednakowo żywionych (pszenicą i mlekiem).

W pierwszym szeregu zaszczepiłem do pachwiny 24 myszom po 50 mg. rozrzedzonej miazgi nowotworu Nr IV. W każdej dawce było 25 mg. miazgi nowotworu i 25 mg. rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. Jednej połowie myszy (kontrolne) zaszczepiłem rozrzedzoną miazgę nowotworu bez alkoholu, drugiej zaś połowie z dodatkiem do każdej dawki po 0·0013 cm³ alkoholu absolutnego. Z liczby pierwszych 12 myszy nowotwór przyjął się 11 myszom, z pośród drugich 12—7 myszom. Po zaszczepieniu nowotworu pierwsze 11 żyły średnio po dni 29·1, drugie zaś 7 po 31 dni. Waga nawotworów pierwszych myszy wynosiła średnio po 3·6 gr., a drugich po 5·7 gr.

W drugim szeregu eksperymentów zaszczepiłem kilkudziesięciu myszom, podobnie jak myszom w poprzednim szeregu, po 50 mg. miazgi nowotworu Nr IV w połowie rozrzedzonej rozczynem fizyologicznym soli kuchennej. Jednym myszom zaszczepiłem miazgę nowotworu bez dodatku, innym z dodatkiem alkoholu, a mianowicie:

1) bez dodatku alkoholu						16 myszom
2) z dod.	0·0025	alkoholu 40%	do	każdej	dawki	10 »
3) »	0·0075	»	»	»	»	10 »
4) »	0·025	»	»	»	»	10 »
5) »	0·05	»	»	»	»	10 »

Nowotwór przyjął się z liczby pierwszych 9 myszom, drugich 7, trzecich 3, czwartych 5 i piątych także 5. Po zaszczepieniu nowotworu żyły średnio: pierwsze po dni 37·4, drugie po 37, trzecie po 36·3, czwarte po tyleż dni i piąte po 45 dni. Średnio waga nowotworów wynosiła: pierwszych myszy po 8·7 gr., drugich po 6·7 gr., trzecich po 6·4 gr., czwartych po 8·4 gr. i piątych po 7·3 gr.

Z powyższych eksperymentów wynika, że dodawanie do miazgi nowotworu alkoholu nawet w ilości 0·0075—0·05 cm³ 40% alkoholu do 50 mg. miazgi, rozrzedzonej w połowie rozczynem fizyologicznym soli kuchennej, zmniejsza tylko w małym stopniu zdolność miazgi tej do przyjmowania się i tylko nieznacznie hamuje rozwój nowotworu. Mniejsze natomiast dawki alkoholu, dodawane do miazgi nowotworowej, żadnego wpływu na rozwój nowotworu nie wywierają.

(Praca wykonana w Zakładzie patologii doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dyrektor: Prof. Karol Klecki).

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dra L. Popielskiego we Lwowie.

O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki.

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Dokończenie).

Doświadczenie XXXI. 4. IV. 1910. Suka wagi 9 kilo. Przecięcie tchawicy. Przecięcie rdzenia kręgowego pod przedłużonym. Sztuczny oddech. Przetoka trzustkowa. Dwunastnicę podwiązano tuż koło odźwiernika. Pies leży na boku (tab. XIX.).

TABLICA XIX.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
9 h. 27′	—	10 h. 6′	0
„ 28′	1	„ 7′	0
„ 29′	1	„ 8′	1
„ 30′	1	„ 9′	1
„ 31′	1	„ 10′	2
„ 32′	1	„ 11′	1
„ 33′	0	„ 12′	1
„ 34′	1	„ 13′	1
„ 35′	1	„ 14′	1
„ 36′	0	„ 15′	1
„ 37′	1	„ 16′	1
Wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. 10°/₀ oleinianu sodu		Wprowadzono do dwunastnicy 50 cm sz. 10°/₀ oleinianu sodu	
9 h. 38′	1	10 h. 17′	1
„ 39′	1	„ 18′	1
„ 40′	1	„ 19′	1
„ 41′	10	„ 20′	0
„ 42′	37	„ 21′	1
„ 43′	40	„ 22′	1
„ 44′	40	„ 23′	2
„ 45′	29	„ 24′	1
„ 46′	24	„ 25′	1
„ 47′	23	„ 26′	1
„ 48′	17	„ 27′	1
„ 49′	17	„ 28′	1
„ 50′	16	„ 29′	1
„ 51′	10	„ 30′	1
„ 52′	10	„ 31′	0
„ 53′	10	„ 32′	1
„ 54′	10	„ 33′	0
„ 55′	9	„ 34′	1
„ 56′	8	„ 35′	0
„ 57′	7	„ 36′	0
„ 58′	6	„ 37′	0
„ 59′	5	„ 38′	1
10 h. —	4	„ 39′	0
„ 1′	3	„ 40′	0
„ 2′	2	„ 41′	0
„ 3′	0		
„ 4′	0	Doświadczenie zakończono.	
„ 5′	0		

Oba te doświadczenia dały wyniki jednakowe; mydła w 10°/₀ rozczynach, lipnąc do błony śluzowej, nie wywołują już wydzielania przy powtórnem wprowadzeniu. Jeżeli rzeczywiście w małej ruchomości i gęstości rozczynu kryje się przyczyna wspomnianego objawu, to zmniejszywszy gęstość i zwiększywszy ruchomość przez rozcieńczenie płynu powinnibyśmy byli otrzymać wydzielanie. W tym celu 10 krotnie rozcieńczyłem rozczyn 10°/₀ i zacząłem stosować 1°/₀ rozczyn. Doświadczenie XXIV. zupełnie potwierdziło moje przypuszczenie: powtórne wprowadzenie mydła wywoływało wydzielanie.

Doświadczenie XXIV. 19. I. 1910. Pies »Łysy« wagi 13 kilo, tensam co w doświadczeniach III., IV., X. i XVIII. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tab. XX.).

TABLICA XX.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
11 h. 17′	—	11 h. 49′	5
„ 18′	5	„ 50′	6
„ 19′	5	„ 51′	6
„ 20′	4	„ 52′	6
„ 21′	6	„ 53′	6
„ 22′	5	„ 54′	7
„ 23′	9	„ 55′	6
„ 24′	8	„ 56′	7
„ 25′	3	„ 57′	7
„ 26′	6	Wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. 1°/₀ oleinianu sodu	
„ 27′	6		
Wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. 1°/₀ oleinianu sodu		11 h. 58′	6
11 h. 28′	6	„ 59′	3
„ 29′	2	12 h. —	3
„ 30′	3	„ 1′	4
„ 31′	7	„ 2′	7
„ 32′	10	„ 3′	9
„ 33′	12	„ 4′	13
„ 34′	11	„ 5′	12
„ 35′	11	„ 6′	11
„ 36′	14	„ 7′	12
„ 37′	13	„ 8′	11
„ 38′	11	„ 9′	8
„ 39′	10	„ 10′	6
„ 40′	9	„ 11′	6
„ 41′	9	„ 12′	6
„ 42′	8	„ 13′	6
„ 43′	8	„ 14′	5
„ 44′	5	„ 15′	7
„ 45′	7	„ 16′	6
„ 46′	11	„ 17′	6
„ 47′	7	Doświadczenie zakończono.	
„ 48′	3		

W doświadczeniu tem po wprowadzeniu mydła poraz pierwszy pojawiło się niewielkie zwiększenie wydzielania po 4 minutach i trwało 10 minut. Powtórne wprowadzenie mydła po 30 minutach dało także po 5 minutach niewielkie zwiększenie, trwające 7 minut. Teraz zrozumiałem jest, dlaczego Sawicz w swych doświadczeniach przy powtórnem wprowadzaniu mydeł nie otrzymał wcale wydzielania lub w bardzo nieznacznym stopniu. Tymczasem, ponieważ Sawicz po pierwszem wprowadzeniu mydła wstrzykiwał atropinę, to nie wchodząc w analizę zjawiska, musiał dojść do błędnego wniosku, że atropina powstrzymuje wydzielanie.

Wydzielanie wywołane przez mydła ma taki sam charakter, jak i wydzielanie wywołane przez kwas solny. Powstaje ono bezwątpienia w drodze odruchowej; o działaniu mydeł drogą wchłaniania nie może być i mowy, gdyż jak dowiódł Knauer[14]), nie można wykazać wyraźnego wchła-

niania stearynianu wapnia z wyodrębnionej pętli jelit. Gdyby nawet przypuścić, że mydła jako takie zostały wchłonięte, to zawsze wchłonięta ilość byłaby niedostateczną do wywoływania wydzielania. W jednym przypadku wstrzyknąłem psu o wadze 6 kilo do żyły 6 cm. sz. 10% rozczynu mydła (oleinianu sodu) i nie zauważyłem najmniejszych śladów wydzielania. Bezwątpienia wprowadzając do krwi mydło, można osiągnąć wydzielanie, jeżeli tylko zwierzę wcześniej jeszcze nie zginie, albowiem wiadomo, że mydło wywołuje hemolizę, a przy rozpuszczaniu się ciałek czerwonych uwalnia się wazodylatyna, która wywołuje spadek ciśnienia i niekrzepliwość krwi z następowem wydzielaniem soku trzustkowego. A więc zapomocą atropiny nie można wyjaśnić pytania, czy wydzielanie soku trzustkowego odbywa się za pośrednictwem nerwów, czy też drogą »humoralną«.

Babkin, Rubaszkin, Sawicz [15]) starali się ustalić różnicę między wydzielaniem nerwowem, a kwasowem — »humoralnem« — na podstawie zmian drobnowidowych, znajdowanych w gruczole przy wydzielaniu: 1) pod wpływem kwasów i 2) pod wpływem mydeł i podrażnienia nerwów błędnych. Wydzielanie »nerwowe« według tych autorów charakteryzuje się zmniejszeniem w komórkach ilości ziarn zymogenu do $^1/_2$—$^1/_3$—$^1/_4$ części. Przy bardziej szczegółowem badaniu zwróciła uwagę tych autorów obecność pewnych swoistych ciałek: przy wydzielaniu kwasowem znaleść je można tylko w wyjątkowych przypadkach, przy drażnieniu nerwów znajdowano je w daleko większej ilości, wprawdzie niejednakowej we wszystkich doświadczeniach; w pewnych przypadkach znaleść je można tylko w niektórych zrazikach. Jednakowoż mylą się bardzo ci autorowie mniemając, że budowa mikroskopowa gruczołu jest różna zależnie od tego, czy on znajduje się pod wpływem kwasu, czy mydeł lub podrażnienia nerwów błędnych. Przedewszystkiem zauważyć należy, że nie istnieje jakieś typowo kwasowe wydzielanie, jak nie istnieje sok właściwy tylko kwasowi. Mazurkiewicz [16]) dowiódł, że właściwości soku, określane sposobem najbardziej dokładnym, mianowicie ważeniem, różnią się wielce i zależą od koncentracyi stosowanego w doświadczeniach kwasu i bardzo dokładnie określił tę zależność. Z koncentracyą kwasu związana jest sprawa wydzielania soku trzustkowego, a mianowicie szybkość tego wydzielania: szybkość pozostaje w stosunku prostym do koncentracyi rozczynu. Ogólna ilość suchej pozostałości ściśle związana jest z szybkością wydzielania i związek ten Mazurkiewicz ściśle matematycznie ustalił *). W większości przypadków ilość suchej pozostałości jest w stosunku odwrotnym do szybkości wydzielania, a zatem i do koncentracyi rozczynu. Przy 0·09% rozczynie kwasu solnego sok wydziela się bardzo gęsty i obfitujący w białko z zawartością 3·6% suchej pozostałości. Przy rozczynie 0·5% sok jest bardzo wodnisty prawie bez organicznych składników o zawartości 0·92% suchej pozostałości, co równa się prawie zawartości części nieorganicznych (0·90%). Takie własności soku zależą od koncentracyi,. a nie od ilości wprowadzonego do jelita kwasu. Wobec zupełnego prawie braku części organicznych w soku, otrzymanym pod działaniem 0·5% kwasu solnego, można przypuszczać, że sok ten stanowi przesącz krwi. Przy wielkiej szybkości wydzielania przez gruczoł do kanalików wydzielniczych przechodzi tylko woda i części mineralne, białko osiada w gruczole jak na sączku. W tym przypadku gruczoł nie bierze żadnego udziału w przygotowaniu soku i nie ulega żadnym zmianom, z wyjątkiem mechanicznego rozsuwania się ziaren, żeby dać wolne przejście wodzie *). Przy małej szybkości, np. przy 0·09% kwasie solnym, kiedy wydziela się sok gęsty z wielką zawartości suchej pozostałości, komórki gruczołu ulegają głębokim zmianom: ilość ziarn zmniejsza się prawie do zera, znikają one, rozpuszczając się w przepływającej przez gruczoł cieczy. Oczywiście między temi ostatecznościami istnieje cały szereg obrazów przejściowych. Z tego widać, że przy wielkiej szybkości wydzielania np. przy 0·5% kwasie solnym obraz mikroskopowy gruczołu mało się będzie różnić od obrazu gruczołu »głodzonego«, nieczynnego. Potwierdzają to całkowicie w swej pracy Babkin, Rubaszkin i Sawicz, gdyż badając gruczoł przy 0·5% kwasie solnym nie znaleźli w jego komórkach żadnych zmian szczególnych w porównaniu z gruczołem głodzonym, co jest zupełnie zrozumiałe. Byli oni jednakże zdziwieni otrzymanym wynikiem, gdyż mówią: »Pomimo dość znacznego i długotrwałego wydzielania nie zdołaliśmy zauważyć wyraźnego zmniejszenia ilości ziarn« (str. 446).

Stosując słabszy rozczyn, otrzymamy mniejszą szybkość wydzielania i równolegle do tego zmiany w gruczole będą wyraźniejsze. Dla wyjaśnienia pytania, czy przy obfitem wydzielaniu komórki gruczołu ubożeją w ziarna zymogenu, autorowie wprowadzali do żołądka (a nie do dwunastnicy) 0·25% rozczyn kwasu solnego (a nie 0·5%), nie określając jednak wydzielania; wypowiadają tylko przypuszczenie, że wydzielanie musiało być znaczne, a to z następujących powodów: »Walter pod wpływem 200 cm³ 0·5% kwasu solnego otrzymał 133 cm³ soku; bezwątpienia w naszym przypadku, gdzie została wprowadzona podwójna ilość kwasu solnego, wydzielanie musiało być jeszcze większe i ma się rozumieć kilkakrotnie przewyższało wydzielanie pod wpływem kwasu w doświadczeniach ostrych« (str. 467). Istnieje wszakże zasadnicza różnica między doświadczeniami Waltera, a wyżej wspomnianych autorów. Oni wprowadzali nie 2, ale $3^1/_2$ razy więcej kwasu solnego i nie 0·5%, ale 0·25%. A przecież na stopniowanie zmian w budowie gruczołu wpływa moc rozczynu, a nie ilość jego. Ponieważ rozczyn stosowany przez tych autorów był 2 razy słabszy więc i zmiany w gruczole, co było zresztą do przewidzenia, były daleko większe: warstwa ziarnista silnie zmniejszyła się i czasami zajmowała tylko wierzchołek komórki. Gdyby autorowie ci zastosowali jeszcze słabszy rozczyn, to zmiany byłyby jeszcze większe. Już przy 0·09% rozczynie sok trzustkowy wydziela się bardzo pomału w postaci cieczy gęstej, obfitej w białko i o wielkiej zawartości suchej pozostałości. Jednak autorowie zatrzymali się na 0·25% rozczynie i następnie przeszli odrazu do doświadczeń z drażnieniem n. błędnego i z wprowadzeniem do dwunastnicy mydeł. Ponieważ sztuczne drażnienie nerwu nawet najsilniejszym prądem nie może równać się w sile działania z podrażnie-

*) Przy danej szybkości wydzielania i ilości suchej pozostałości w jednem doświadczeniu można zapomocą rachunku określić ilość suchej pozostałości przy znanej szybkości w drugiem doświadczeniu, nie uciekając się do wagi.

*) Pod mikroskopem widać cienkie kanaliki.

niem nerwów czuciowych błony śluzowej dwunastnicy, wywołanem przez kwas solny, to już z góry przypuszczać można, że sok przy drażnieniu nerwów błędnych wydzielać się będzie w ilości nieznacznej i posiadać takiesame właściwości, jak i sok przy słabych rozczynach kwasu solnego. Tak też okazało się w rzeczywistości. Autorowie wykazali, że sok przy drażnieniu nn. błędnych wydziela się w ilości niewielkiej jako ciecz o znacznej zawartości enzymów i suchej pozostałości. W doświadczeniach z mydłami sok wydzielał się w tak niewielkiej ilości, że autorowie przypuszczali nawet istnienie jakiejś mechanicznej przeszkody w wydzielaniu.

Szykkość wydzielania w różnych doświadczeniach była rozumie się różną, co zależało przy jednakowych wszystkich innych warunkach od wielkości zwierzęcia.

Ilość soku wydzielającego się w jednostkę czasu u zwierzęcia większego o dużej trzustce z dużymi przewodami, przy jednakowej sile bodźca, wziętego w ilości odpowiadającej wadze zwierzęcia, będzie większe, niż u zwierzęcia małego.

Autorowie nie liczą się zupełnie z tą okolicznością i porównują szybkość wydzielania u zwierząt rozmaitej wagi i rozmaitej wielkości. Odpowiednio do niewielkiego wydzielania pod wpływem mydeł i pod wpływem drażnienia nerwów błędnych, autorowie znaleźli w tych warunkach największe zmiany w trzustce, co jest w zupełnej zgodzie z wnioskami Mazurkiewicza. Bezwątpienia i tutaj w poszczególnych doświadczeniach były wielkie różnice. I tak, przy stosowaniu mydeł znaleźli autorowie zmiany w ilości ziarn, zupełnie identyczne do zmian przy 0·25% rozczynie kwasu solnego (str. 469). Tym sposobem praca autorów zupełnie potwierdza wyniki Mazurkiewicza, że największe zmiany w gruczole otrzymuje się przy słabych bodźcach, a małe przy silnych (0·5% i 0·36% rozczyny kwasu solnego).

Przy obecnym stanie nauki można mówić tylko o dwóch typach wydzielania soku trzustkowego: 1) wydzielanie wskutek przechodzenia do krwi wazodylatyny (w postaci wyciągu z narządów, bulionu, polewki rybiej, produktów trawienia białka, peptonu Wittego i innych kupnych peptonów) i 2) wydzielanie wskutek kwasów, mydeł i innych podniet, działających na błonę śluzową jelita cienkiego. W przypadku pierwszym istnieją zmiany we krwi i w ciśnieniu; w drugim nie znajdujemy tych zmian wcale.

Wyniki moich badań zestawić można w następujący sposób:

1) Tłuszcz czysty chemicznie, oddziałujący obojętnie, nie wywołuje wydzielania soku trzustkowego i dlatego nie może być uważany za bodziec swoisty czynności wydzielniczej trzustki.

2) Tłuszcze kupne wywołują wydzielanie soku trzustkowego, ponieważ zawierają wolne kwasy tłuszczowe.

3) Czysty kwas tłuszczowy, np. kwas oleinowy, jest bardzo energicznym bodźcem dla trzustki. Stąd zrozumiały jest szkodliwy wpływ na przewód pokarmowy tłuszczów zjełczałych. Kwasy tłuszczowe drażnią silnie błonę śluzową i wywołują stan jej zapalny.

4) Mydła w 1%—10% rozczynach okazują się energicznymi bodźcami dla trzustki.

5) Atropina nie powstrzymuje wydzielania, wywołanego przez kwas tłuszczowy lub mydło, również nie przeszkadza pojawieniu się wydzielania, jeżeli została wstrzyknięta poprzednio.

6) Wydzielanie pod wpływem kwasu jest co do swych własności tożsamo z wydzielaniem pod wpływem mydeł.

Piśmiennictwo. 1) Łobasow. Otdielitielnaja rabota żełudka sobaki. Petersb. Diss. 1896. — 2) Pawłow. Lekcii o rabotie glawnych piszczewaritielnych żelez. Petersb. 1897. — 3) Doliński. O wlijanii kisłot na otdielenie soka podżełudocznoj żelezy. Petersb. Diss. 1894. — 4) Damaskin. Diejstwie żira na otdielenie podżełudocznawo soka. Trudy Obszcz. russk. wraczej 1896. — 5) Popielski. O sekretornych zadierżiwajuszczich nierwach podżełudocznoj żelezy. Petersb. Diss. 1896. — 6) Popielski. Pflügers Archiv 1907, t. 120, str. 489. — 7) Babkin. Archiv. biol. o nauk 1904, str. XI. — 8) Fleig. Compt. rend. de la soc. de Biol. 1903, t. IV, str. 1201. — 9) Bayliss and Starling. The Jour. of. Physiol., t. XXVIII, str. 5. — 10) Sawicz. Izwiestja W. Med. Akad. 1908, t. XVI, Nr 1, str. 24. — 11) Popielski. Archiv f. d. ges. Physiol. 1907, t. CXX, str. 499. — 12) Modrakowski. Tamże 1907, t. CXVIII, str. 52 i 13) Popielski, patrz Nr 5. — 14) Knauer. Archiv f. Physiol. 1904, t. CIV, str. 89. — 15) Babkin, Rubaszkin i Sawicz. Russkij Wracz 1908, Nr 14—16 i 16) Mazurkiewicz. Archiv f. d. ges. Physiol. 1907, t. CXXI.

O stosunkach szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie

przez

Dr Macieja Jakubowskiego.

(Sprawozdanie, przedłożone Ogólnemu Zebraniu Towarzystwa Opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie dnia 7 kwietnia 1911).

(Dokończenie).

W nowozawartej umowie na okres lat 5 (t. j. do dnia 31 grudnia 1913 r.) Wydział krajowy wstawił zastrzeżenie, iż jeżeli wypowiedzenie tejże nie nastąpi na rok przed terminem jej ekspiracyi, przedłuża się ona znowu na przeciąg lat 5 i t. d. Z powyższego zastrzeżenia wnioskowaćby można, jakoby obie strony kontraktujące nie rozstawały się z myślą przedłużenia kontraktów na dalsze okresy pięcioletnie. Ze szczegółów powyżej podanych okazuje się jednak, że Towarzystwo stanowczo dąży do uchylenia się od dalszego zawierania kontraktu. Gdy dawna umowa z Wydziałem krajowym kończyła się z dniem 31 grudnia 1908, Komitet Towarzystwa podówczas, mając na względzie uregulowanie stosunków co do opieki nad choremi dziećmi, decydował się na przedłużenie umowy tylko do 30 września 1909. Prof. Jakubowski w swem sprawozdaniu z tych samych powodów proponował przedłużenie umowy na jedno lub dwuletni okres czasu; a wreszcie, jak to wyżej podano, okres ten przedłużono do lat pięciu, jako najdalszy i ostateczny.

Aby usunąć wszelkie wątpliwości i chwiejność co do dalszych stosunków Towarzystwa z Wys. Wydziałem krajowym, bardzo racyonalnym i na czasie był wniosek Dra Bronisława Olearskiego, postawiony na Ogólnem Zebraniu Towarzystwa d. 2 kwietnia 1910:

1) »Ogólne Zebranie wzywa i upoważnia Komitet do stanowczego wypowiedzenia kontraktów w czasie jak najkrótszym (a najpóźniej w terminie przyjętych zobowiązań z końcem r. 1913) tak Wys. Wydziałowi krajowemu co do utrzymania chorych dzieci, jak i c. k. Rządowi co do utrzymywania kliniki pedyatrycznej w szpitalu św. Ludwika«.

(W razie przyjęcia tego wniosku):

2) »Ogólne Zebranie wzywa Komitet do przygotowania programu i wniosków co do urządzenia i prowadzenia w przyszłości szpitala dla dzieci we własnym zarządzie z uwzględnieniem leczenia i pielęgnowania tej kategoryi

chorych dzieci, które według obecnych ustaw i przepisów nie mają stale zapewnionej pomocy i opieki ze strony rządu, kraju lub gminy«.

Wnioski powyższe, jako zasadnicze i bardzo ważne, odesłało Ogólne Zebranie Komitetu do regulaminowego traktowania z poleceniem zdania sprawy na najbliższem zebraniu.

Odnośnie do wniosku pierwszego, to zważywszy, że Komitet jeszcze w r. 1908 był za stanowczem rozwiązaniem kontraktów z terminem 30 września 1909, zważywszy, że trudności w prowadzeniu szpitala nietylko się nie zmniejszyły, ale z każdym niemal dniem zwiększają się; zważywszy wreszcie, że od zawarcia nowej umowy na lat 5 upłynęło już lat dwa, a projektowane budowy zakładów: ginekologicznego, położniczego, infekcyjnego i domu izolacyjnego, nie zostały załatwione, przeto Komitet doszedł do przekonania, iż nie ma żadnego powodu do ociągania się ze stanowczem wypowiedzeniem umów. I owszem stanowcza decyzya ze strony Towarzystwa łączyć się będzie z korzyścią dla chorych. Zarówno władze krajowe, jak rządowe, dojdą do przekonania, że nie mają się co oglądać na dalsze prowizoryczne utrzymywanie przez prywatne Towarzystwo szpitala dla dzieci, względnie kliniki pedyatrycznej. Wreszcie Towarzystwo, przedstawiając jasno i dobitnie zarówno władzom, jak i ogółowi publiczności stanowcze postanowienie na lat trzy przed terminem ekspiracyi kontraktów, nie może być obwinione, jeżeli w tymże terminie stosunki co do leczenia chorych dzieci i co do kliniki pedyatrycznej nie zostałyby odpowiednio załatwione.

V.

Po rozwiązaniu kontraktów z Wys. Wydziałem kraj. i Wys. Rządem Towarzystwo po myśli swego statutu zajmować się będzie nadal pielęgnowaniem i leczeniem tej licznej rzeszy chorych dzieci, które obecnie opieki tej jeszcze nie mają zapewnionej. Według przepisów obecnie obowiązujących, do szpitali krajowych nie przyjmują wcale chorych nieuleczalnych, a z wielką trudnością i wyjątkowo osoby z chorobami przewlekłemi. Wogóle dla wszystkich chorych określony jest sześciotygodniowy pobyt w szpitalu, po którym wyjątkowo może jeszcze krótki czas pozostawać chory w leczeniu, ale tylko na podstawie osobnej, przez lekarza ordynującego wystawionej opinii. Te przepisy dotkliwie czuć się dają chorym dzieciom. Z cierpieniami przewlekłemi, rozwijającemi się na tle skrofulicznem, dzieci do szpitala przyjmuje się tylko wyjątkowo i z wielkiemi trudnościami. Liczny zastęp tej kategoryi chorych gromadzi się w ambulatoryach klinik uniwersyteckich i w poczekalniach lekarzy prywatnych, ale oprócz porady i recepty nic więcej nie otrzymują. Przy braku rzetelnej pomocy potęgują się zmiany chorobowe, a znaczna liczba dzieci, która przy racyonalnem leczeniu mogłaby powrócić do zupełnego zdrowia, ulega kalectwu lub staje się pastwą gruźlicy.

Dzieci z groźnemi chorobami stawów i kości przyjmują wprawdzie do szpitali krajowych na oddziały chirurgiczne, lecz po założeniu opatrunku ustalającego lub dokonaniu operacyi wkrótce jako rekonwalescentów, nie wymagających stałej opieki lekarskiej, oddają rodzicom, którzy częstokroć nie są w stanie takiemu operacyą wycieńczonemu i schorzałemu dziecku dostarczyć odpowiedniego pożywienia i pomieszkania obfitującego w świeże powietrze.

Tą biedną rzeszą chorych dzieci zaopiekuje się w przyszłości w całej pełni nasze Towarzystwo, a w szczególności:

A) W Krakowie w szpitalu św. Ludwika urządzi Towarzystwo odpowiednio do nowoczesnych wymagań dyspensatoryum dla dzieci skrofulicznych i zagrożonych gruźlicą, w którem obok utrzymywania dokładnej ewidencyi skrofulicznych dzieci, wykonywane będą zabiegi zgodnie z postępem nauki lekarskiej co do chronienia dzieci od gruźlicy (szczepienie tuberkuliny i t. d.), udzielane będą odpowiednie leki (tran, przetwory kreozotowe, gwajakolowe itd.), bezpłatnie ubogim dzieciom.

Obok dyspensatoryum urządzone zostaną łazienki, w których otrzymywać będą dzieci bezpłatnie kąpiele zwykłe, sztuczne, słono-jodowe, żelaziste i t. d. w każdej porze roku.

Urządzona zostanie sala dla ćwiczeń gimnastycznych i ortopedycznych z uposażeniem jej w odpowiednie przyrządy.

O ile fundusze na to pozwolą, urządzone zostaną sale do stałego pielęgnowania chorych, głównie rekonwalescentów po przebytych ważniejszych operacyach w szpitalach krajowych lub na klinikach.

Wreszcie w zabudowaniach szpitala pomieszczone zostaną kancelarye i archiwum aktów Towarzystwa.

Z zakreślonego programu okazuje się, że na projektowane cele Towarzystwa rozległe zabudowania szpitala św. Ludwika będą za wielkie; wypadałoby zatem zakupić inną mniejszą posiadłość i urządzić ją odpowiednio do celów, a na realność będącą własnością Towarzystwa starać się o nabywcę lub dzierżawcę. Gdyby nie znalazła się odpowiednia realność, powinnoby Towarzystwo dla siebie zatrzymać jeden z pawilonów szpitalnych, a drugi sprzedać lub wydzierżawić.

W obu kierunkach podjął Komitet pewne przygotowawcze czynności. Oglądając się za odpowiednią dla celów Towarzystwa posiadłością, zwrócił Komitet uwagę na sąsiadującą ze szpitalem św. Ludwika realność przy ul. Kopernika l. or. 32 mającą powierzchni około 1.500 m² i dom parterowy, mogący być zaadaptowany na dyspensatoryum i łazienki. Właściciel pomienionej realności, zapytywany o cenę, złożył pisemną ofertę na 120.000 kor., podwyższając ją po kilku miesiącach do 150.000 kor., szacując sobie w ten sposób 1 m² na 100 kor. Wobec tak wygórowanej ceny odstąpił Komitet od myśli nabywania pomienionej realności, a że w najbliższych dzielnicach nie znaleziono również ani realności, ani parceli odpowiedniej dla przyszłych celów Towarzystwa, przeto Komitet doszedł do przekonania, że najkorzystniej będzie pozostać na miejscu, zatrzymując dla siebie z rozległych realności szpitalnych jeden z pawilonów, resztę zaś sprzedając lub wydzierżawiając, pozostawiając pierwszeństwo Krajowi lub Rządowi.

Powziąwszy powyższą decyzyę, zajął się Komitet przeprowadzeniem w c. k. Sądzie krajowym cywilnym w Krakowie rozdzielenia realności szpitalnych na dwa odrębne ciała hipoteczne, a obecnie po uzyskaniu rozdziału jest Towarzystwo właścicielem:

a) realności w narożniku ulicy Kopernika i Strzeleckiej l. or. 2. l. z. h. 1130 o obszarze 4623 m², obejmującej pawilon piętrowy, w którym mieści się na parterze klinika pedyatryczna, a na pierwszem piętrze oddział chirurgiczny i mieszkanie Sióstr Miłosierdzia; poza budynkiem głównym znajduje się pawilon gospodarczy, kuchnie i pralnie.

b) realności przy ulicy Strzeleckiej l. or. 4. l. z. h. 2739 o obszarze 2.914 m², obejmującej pawilon piętrowy, w którym obecnie mieszczą się oddziały dla chorób zakaźnych, oddział rezerwowy i oddział dla osesków wraz z mamkami i matkami.

Wskutek przeprowadzenia powyższego rozdziału na dwa ciała hipoteczne Towarzystwo będzie mogło po ekspiracyi kontraktów zatrzymać dla siebie tę realność, którą uzna za odpowiedniejszą i korzystniejszą.

B) Kolonia lecznicza w Rabce jest posiadłością o obszarze 12.446 m², na której znajduje się drewniany piętrowy budynek, dachówką kryty, z dwoma bocznymi pawilonami gospodarczymi. W Kolonii można wygodnie pomieścić naraz od 90 do 100 dzieci. Obecnie z dobrodziejstwa Kolonii z powodu szczupłych funduszów korzystają dzieci tylko przez dwa, a najwyżej trzy miesiące letnie. Jak zbawienne skutki odnoszą dzieci nawet po tak krótkim kilkotygodniowym pobycie, najlepiej świadczą ogólne dowody uznania ze strony rodziców. Zakład nasz rabczański jednakże tak, jak jest obecnie, zadania swe spełnia tylko częściowo, a nie jest wystarczającym dla dzieci ze znaczniejszemi zmianami na tle skrofulicznem lub gruźliczem.

Krótki czas trwania kuracyi, ograniczony do paru miesięcy letnich, sprawia, że dzieci, potrzebujące leczenia, ze szkodą dla zdrowia przebywać muszą w ciasnych i dusznych mieszkaniach wśród pięknych wiosennych miesięcy, wyczekując z upragnieniem na termin wyjazdu do Rabki, aby po sześciu tygodniach z niewielkiem polepszeniem powrócić znów wśród pięknych dni kończącego się lata i jesieni do dawnych niekorzystnych warunków codziennego życia.

Również ze względów ekonomicznych krótki sezon otwarcia kolonii łączy się z wielkim uszczerbkiem materyalnym, gdyż obszerne budynki, wzniesione kosztem kilkudziesięciu tysięcy koron, zaledwie przez dwa do trzech miesięcy bywają zajęte, a przez 9 miesięcy stoją pustką i niszczeją.

Towarzystwo, uwolniwszy się z końcem roku 1913 od przyjętych kontraktami zobowiązań wobec Rządu i Kraju i po uregulowaniu stosunków majątkowych, winno — zdaniem sprawozdawcy — zająć się podniesieniem działalności kolonii leczniczej w Rabce. Początkowo starać się należy, aby kolonia była otwarta przez 6 miesięcy, t. j. od pierwszych dni maja do końca października; a następnie, aby została przemieniona na sanatoryum dla dzieci skrofulicznych i gruźliczych, otwarte przez rok cały.

Utrzymanie Kolonii przez sześć miesięcy nie natrafi na wielkie trudności. W teraźniejszym budynku po założeniu podwójnych okien i wstawieniu pieców można będzie bezpiecznie umieścić dzieci nawet wśród najchłodniejszych dni wiosny i jesieni. Jedynie zapewnić należy fundusze na pokrycie kosztów wyżywienia poza dłuższy niż dotąd o trzy miesiące okres czasu.

Dalszym celem, do którego dążyć powinno Towarzystwo, będzie zamienienie kolonii leczniczej na stałe sanatoryum. Natenczas jednakże należałoby zbudować osobny pawilon murowany na miesiące zimowe. Komitet jest już w posiadaniu dokładnego szkicu na taki pawilon, zaprojektowanego przez P. Budowniczego Józefa Pokutyńskiego, którego budowa według przybliżonego obliczenia wynosiłaby około 140.000 kor. Na pokrycie tak znacznego wydatku nie stać obecnie Towarzystwa, lecz po zrealizowaniu części majątku, mieszczącego się w rozległych, wysoką wartość przedstawiających posiadłościach szpitala św. Ludwika w Krakowie, znajdzie się fundusz nietylko na zbudowanie pawilonu zimowego dla sanatoryum w Rabce, ale pozostanie jeszcze kapitał na fundusz żelazny, z którego odsetki stosownie do postanowień Towarzystwa służyć będą na pokrycie kosztów czy to utrzymywania dyspensatoryum, mającego powstać w Krakowie, czy też sanatoryum w Rabce.

Powyższe sprawozdanie Prof. Jakubowskiego było przedmiotem obrad na kilku posiedzeniach Komitetu, w imieniu którego Prof. Dr Fryderyk Zoll młodszy na Ogólnem Zebraniu Towarzystwa dnia 7 kwietnia 1911 r. przedstawił odnośne wnioski, poczem licznie zebrani członkowie Towarzystwa powzięli jednomyślnie następujące uchwały:

1) Ogólne zebranie Towarzystwa upoważnia Komitet i poleca mu, aby rozwiązał jak najrychlej, a nie później, niż do końca r. 1913, stosunek prawny, wiążący obecnie Towarzystwo z Wydziałem krajowym i Rządem w przedmiocie umieszczenia i prowadzenia szpitala św. Ludwika i kliniki pedyatrycznej. Rozwiązanie to ma być zupełne i stanowcze.

2) Ogólne Zebranie Towarzystwa wyraża następujące życzenia:

a) Realność objętą L. w. h. 2739 należałoby utrzymać dla Towarzystwa jako szpital św. Ludwika i urządzić w niej dyspensatoryum dla dzieci skrofulicznych i zagrożonych gruźlicą, łazienki dla tejże kategoryi dzieci z kąpielami zwykłemi i sztucznemi słono-jodowemi i żelazistemi, wreszcie — o ile fundusze na to dozwolą — urządzić tamże oddział stały dla dzieci będących rekonwalescentami i nawiedzonych chorobami przewlekłemi.

b) Należy dołożyć starań, aby rozszerzyć działalność kolonii leczniczej w Rabce, a to naprzód w ten sposób, aby dzieci skrofuliczne i zagrożone gruźlicą korzystały z niej przez 6 miesięcy t. j. od 1 maja do 31 października, a następnie, aby kolonia zamieniona została na sanatoryum przez rok cały otwarte dla dzieci skrofulicznych i zagrożonych gruźlicą.

3) Ogólne Zebranie Towarzystwa upoważnia Komitet do sprzedaży realności Towarzystwa, położonej w Krakowie, a wpisanej do księgi gruntowej gm. kat. m. Kraków pod L. w. h. 1130, a ewentualnie, jeżeliby się to łączyło z korzyścią dla Towarzystwa, do sprzedaży także i drugiej realności obok położonej, a wpisanej do księgi gruntowej gm. m. Kraków pod L. w. h. 2739, a to za cenę, którą Komitet uzna za właściwą, jednakże nie poniżej ceny szacunkowej i oznaczonej dnia 13 grudnia 1909 przez znawców sądowych p. Jacka Matusińskiego i Władysława Müllera i przy uwzględnieniu zwyżki, jaka w wartości nastąpi do dnia sprzedaży.

W pełnomocnictwie tem mieści się także upoważnienie do przeniesienia prawa własności na rzecz kupującego.

4) Ogólne Zebranie Towarzystwa upoważnia Komitet do zaciągnięcia w jednej z bankowych instytucyi krajowych pożyczki hipotecznej, która obciążyć może jedną lub obydwie wyżej wymienione realności Towarzystwa.

Oceny i sprawozdania.

Zbiór prac z oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, prowadzonego przez Doc. Dr Władysława Janowskiego. Serya druga, Warszawa, 1911.

Olbrzymi ten tom, zawierający około 2000 stronnic, powstał przez zgromadzenie odbitek wszystkich prac, ogłoszonych z oddziału Doc. Janowskiego w ubiegłem ośmioleciu. Właściwie, jak podniesiono w przedmowie, z tego ośmiolecia wchodzi w rachubę tylko lat 5, a to z powodu przerwy, którą w twórczej działalności oddziału sprawiła wojna rosyjsko-japońska, oraz redagowanie przez kierownika oddziału czasopisma »Zdrowie«; same jednak te 5 lat przyniosły w plonie nie mniej, niż 52 większych i mniejszych rozpraw, (z czego 29 wyszło z pod pióra współpracowników oddziału), nie licząc tłomaczeń na języki obce, przeważnie niemiecki (7 prac ogłoszono po francusku, 2 po włosku).

Rozpraw tych niepodobna tu nawet wyliczyć; większa ich część, powszechnie znana, ogłoszona w najpoczytniejszych naszych czasopismach, dotyczy dyagnostyki czynnościowej różnych narządów i stanowi wykonanie planu, powziętego przez Doc. Janowskiego jeszcze w r. 1903. Dorobek oddziału jest w każdym razie imponujący i stanowi chlubne świadectwo »poczucia odpowiedzialności przed społeczeństwem«, jakiem przejęty jest personal oddziału i jego kierownik. I dlatego, jako przykład, co zdziałać można nawet w trudnych warunkach, jakie dla pracy naukowo-lekarskiej polskiej pod zaborem rosyjskim istnieją, zasługuje dorobek ten na szczególne podniesienie, a nie potrzeba chyba dodawać, jak bardzo przykład taki godzien jest naśladowania. Z.

Dr Seweryn Sterling. **O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.** Warszawa 1910, (E. Wende).

Leczenie suchot płucnych stanowi dla lekarzy, którzy nie chcą się ograniczać wyłącznie do przepisywania zdawkowych recept, obszerne, ale niewątpliwie bardzo wdzięczne pole działania. W całokształt wytyczonego programu działania lekarskiego wchodzić musi wiele okoliczności ubocznych, połączonych z warunkami życiowymi

leczonego. Inaczej leczyć będziemy suchoty w szpitalu, niż w domu, inaczej na wsi, niż w mieście, inaczej możemy leczyć to cierpienie u bogatych, a inaczej zmuszeni jesteśmy leczyć ubogiego. Nader ważnym czynnikiem, który odgrywa bodaj czy nie jedną z najgłówniejszych ról w leczeniu suchot płucnych, jest wpływ osobisty i wiedza lekarza, jego znajomość ostatnich nabytków nauki lekarskiej i umiejętność zastosowania ich przy leczeniu, to jest uchwycenie tych szczegółów w życiu chorego, które należy zmienić, aby osiągnąć pomyślne wyniki, oraz znajomość właściwego toru, na który je skierować należy. Jak należy krytycznie zastosować ostatnie zdobycze na polu lecznictwa suchot, a przytem uwzględniać równocześnie wielorakie szczegóły w codziennej praktyce szpitalnej i domowej, to jest właśnie przedmiotem pracy S. Sterlinga, która wyszła jako potrójny zeszyt (Nr 212—214) osiemnastej seryi odczytów klinicznych, wydawanych przez redakcyę warszawskiej »Gazety lekarskiej«. Materyał, objęty tą pracą na 104 stronicach, jest bardzo wielostronny, a w szczegółach nader starannie, umiejętnie i celowo opracowany. Obejmuje w części pierwszej leczenie ogólne dyetetyczno-fizyczne, przyczem autor, nie wdając się w teoretyczne zagadnienia, ogranicza się wyłącznie do spraw, nasuwających się na każdym kroku w praktyce lekarskiej. Również i przy omawianiu swoistego leczenia tuberkuliną obraca się Sterling prawie wyłącznie na terenie praktyki lekarskiej. Po krótkiem, a krytycznem omówieniu leczenia operacyjnego, wiele uwagi poświęca autor leczeniu objawowemu, miejscowemu i ogólnemu, oraz powikłaniom, które w leczeniu suchot płucnych tak wielkie mają znaczenie.

Praca ta, oparta na obszernem doświadczeniu i bardzo ścisłej i bystrej obserwacyi, oraz dokładnej znajomości warunków codziennej praktyki szpitalnej i domowej, stanowi bardzo cenny nabytek w polskiem piśmiennictwie. Przypomnę, że u nas w Galicyi leczenie gruźlicy po szpitalach wlecze się tylko żółwim krokiem za postępem, pomimo, że wśród chorych szpitalnych jest ogromny zastęp gruźliczych. Praca Sterlinga stanowi bardzo pożyteczny wskaźnik, jak wiele można zrobić na tem polu, nawet przy użyciu bardzo skromnych środków. Blassberg.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

P. P. Titkowski. **Odkażanie katgutu w parze jodu.** (Med. Obozr. 1911, Nr 6). Autor, porównując sposób Claudiusa (odkażanie w płynie) ze sposobem Martynowa (odkażanie wilgotnego katgutu w parach jodu), oddaje pierwszeństwo temu drugiemu i dochodzi do wniosku, że katgut traktowany parami jodu, jest mocniejszy, prędko da się przygotować, jest w środku nitki lepiej przesycony jodem, i taki katgut wysuszony jest jałowy i bakteryobójczy, więcej elastyczny i prężny, łatwiej zawiązuje się w węzełki. Tomasz Cichocki.

W. Winogradow. **W sprawie rozpoznawania ropni podprzeponowych.** (Med. Obozr. 1911, Nr 6). Autor zastanawia się nad symptomatologią ropni podprzeponowych, dzieląc je na czysto-ropne i gazowo-ropne. Z szeregu znanych objawów, jako to: 1) rozwoju samej choroby, mającej za punkt wyjścia wrzód okrągły, albo zapalenie wyrostka, 2) braku kaszlu i plwociny na początku choroby, 3) niewielkiego przesunięcia granicy serca, 4) małego rozszerzenia odpowiedniej części klatki piersiowej, — największe znaczenie dla rozpoznania mają dane opukowe i wysłuchowe i objaw Littena. Objawy, wskazane przez Senatora, jako to: 1) ból w dołku podsercowym i w odpowiedniem podżebrzu, 2) ból i nieruchomość kręgosłupa, 3) bolesne odbijanie, 4) układanie się chorego na wznak, a nie na chorym boku, jak to bywa przy klasycznej odmie piersiowej, 5) znaczny obrzęk skóry na dolno tylnej części odpowiedniej części klatki piersiowej — nie mają wielkiego znaczenia rozpoznawczego. Rentgenoskopia rozstrzyga rozpoznanie. Autor opisuje przypadek gazowo-ropnego ropnia podprzeponowego z kliniki Prof. Janowskiego (Kijów), powstały wskutek okrągłego wrzodu żołądka; przypadek był operowany (Dr Waker) i zakończył się wyzdrowieniem. Tomasz Cichocki.

L. A. Oganiesow. **Przypadek pierwotnego urazowego ropnia śledziony.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 8). Rozpatrując szczegółowo literaturę danego przedmiotu, etyologię, klinikę, rozpoznanie i leczenie, przytacza O. własny przypadek ropnia śledziony u chorego, który spadł z wysoka na lewy bok, a we dwa miesiące potem był operowany; w wywiadach zimnica. Autor podaje następujące wnioski: 1) Ropnie śledziony są rzadkie i trudne do rozpoznania, szczególniej, jeśli rozwijają się w przebiegu chorób zakaźnych. 2) Dokładne i na czasie zrobione rozpoznanie zmniejsza odsetek śmiertelności z 97% na 20%. 3) Ropnie urazowe prędzej zjawiają się u przewlekle chorych i są rzadkością. 4) Powikłanie zapaleniem opłucnej jest częste; dlatego przy ropnych zapaleniach opłucnej trzeba mieć na względzie ropnie podprzeponowe, śledziony i wątroby. 5) Rentgenoskopia nie daje ścisłych wyników dla rozpoznania. 6) Próbne nakłucie ma wielkie znaczenie dla rozpoznania, nie jest jednak obojętne dla ustroju; ujemny wynik nic nie rozstrzyga, dodatni daje wskazanie do operacyi. Tomasz Cichocki.

W. N. Rożanow. **Chirurgiczne leczenie przewlekłego zaparcia stolca.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 7). Zastanawiając się pokrótce nad działaniem hormonów, w szczególności peristaltyhormonu przy przewlekłych zaparciach, radzi R. w tych przypadkach, w których nic nie pomaga, wykonać operacyę w myśl Lanea. R. upatruje bowiem przyczynę zaparcia w ruchomej kiszce ślepej (coecum mobile), albo w jej nadmiernej długości. Skracając kiszkę ślepą, a przy ruchomości jej przyszywając krezkę do bocznej ściany otrzewnej, otrzymał autor na 29 przypadków zupełnie dobre wyniki w 12, w 7 — niezupełnie zadowalniające; o wyniku operacyi u reszty chorych nie miał wiadomości. Za drugą przyczynę zaparcia uważa R. chorobę Hirschsprunga; z powodu jej operował 11 przypadków. W tych przypadkach, w których były zmiany w jelicie grubem, robi R. anastomozę między odbytnicą i jelitem biodrowem, we wszystkich innych rektosigmoidoanastomozę. Z wyników jest zadowolniony. Tomasz Cichocki.

Pürckhauer. **W sprawie porażeń rdzeniowych.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 22). O ile wczesne operowanie przy zapaleniu przednich rogów rdzenia niema żadnej podstawy, o tyle znów zapobiegawcze ortopedyczne postępowanie jest bardzo wskazane. Z badań Kocha wiemy, że zwyrodnienie w mięśniach następuje w różnym przeciągu czasu i zależnie od stanu tkanki. Jeżeli tkanka mięśnia uległa zupełnemu zniszczeniu, niema już naturalnie mowy o odrodzeniu się jej, natomiast najczęściej zwyrodnienie jest częściowe, ogniskowe i odrodzenie się jest możebne, przyczem jednak musimy ustrojowi dopomagać, by nie dopuścić do przykurczeń mięśni przeciwniczych. Mięsień nawet zdrowy, ale zanadto rozciągnięty, staje się z czasem zupełnie nieczynny, natomiast przez zbliżenie punktów przyczepu nieraz wraca i czynność. I z tego też powodu przy podobnych sprawach skracamy punkty przyczepu, fałdujemy tkanki, lub zakładamy opatrunki na noc w położeniu korzystnem, przez dzień kończynę kąpiąc lub stosując miesienie. P. podaje wyniki lecznicze przy porażeniach rdzeniowych stóp (Spitzfuss). Z 19 leczonych, u 8 osiągnięto w podany powyżej sposób zupełne wyleczenie, a mianowicie przez przecięcie ścięgna Achillesa i ustalenie kończyny na 6 tygodni w położeniu piętowem. U 9 innych było już porażenie mm. prostujących przed operacyą.

Przed wszystkiemi więc zamierzonemi plastykami mięśni lub nerwów na większą skalę należy koniecznie spróbować wspomnianego prostego leczenia, a zaraz po ustąpieniu okresu bolesnego przez odpowiednie ułożenie kończyny zapobiegać wystąpieniu przykurczeń po stronie zdrowej, a wyciąganiu po stronie chorej. K.

Położnictwo i ginekologia.

K. Skrobanskij. **Zachowawcze pochwowe cięcie cesarskie.** (Żurnał akuszer. i żeńsk. bol. 1911, maj, czerwiec). S. opisuje 6 przypadków pochwowego cięcia cesarskiego z powodu rzucawki (4 przyp.), ostrego zaniku wątroby (1 p.) i przedwczesnego oddzielania się łożyska (1 p.); 4 położnice wyzdrowiały bez powikłań, 2 zmarły (zanik wątroby i rzucawka); 3 dzieci urodziło się nieżywo. W 5 przypadkach operacyę wykonano według sposobu Dührssena, a w 1 według Bumma (rozcięcie tylko przedniej ściany macicy). Pod względem technicznym operacya nie jest trudna i może, zdaniem S., być wykonywana nawet w praktyce prywatnej w mieszkaniu chorej. S. sądzi, iż należy rozszerzyć wskazania do zabiegów operacyjnych przy rzucawce; leki odurzające w tej chorobie należy stosować przeważnie tylko w przypadkach ciąży wczesnej, gdy można mieć nadzieję zachowania ciąży do końca.
M. Pietkiewicz.

W. Bekman. **Przyczynek do nauki o ciąży w rogu szczątkowym macicy.** (Żurnał akuszer. i żeńsk. bol. 1911, maj i czerwiec). B. opisuje przypadek ciąży w rogu szczątkowym macicy, operowany z wynikiem pomyślnym. U pierwiastki 22-letniej po $3^1/_2$-miesięcznej przerwie w miesiączkowaniu zjawiło się długotrwałe nieobfite krwawienie maciczne, które następnie powtarzało się co 3 tygodnie. Od czasu do czasu były bole bardzo silne; raz jeden chora zemdlała. Badanie stwierdziło, iż macica nie jest powiększona; z prawej strony znaleziono guz nieruchomy wielkości pięści, ściśle z macicą połączony. W czasie operacyi rozpoznano ciążę w prawym rogu szczątkowym. Płód długości 20 cm uległ mumifikacyi. B. zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze ciąży w rogu szczątkowym, która jednak, jak wskazuje piśmiennictwo z lat ostatnich, niezbyt rzadko się zdarza. Do r. 1904 statystyka Wertha wykazała 100 przypadków; od tego czasu opisano 45 nowych przypadków. M. Pietkiewicz.

M. Mironow. **W sprawie leczenia krwotoków macicznych u dziewic i dziewcząt.** (Żurnał akusz. i żeńsk. bol. 1911, maj i czerwiec). W przypadkach uporczywych krwotoków macicznych i miesiączki krwotokowej u dziewic i dziewcząt poleca M., obok leczenia ogólnego, swój sposób leczenia miejscowego, stosowany od kilku lat z bardzo dobrym wynikiem. Sposób M. polega na systematycznem, codziennem wstrzykiwaniu do wnętrza macicy nalewki jodowej na pół z kwasem karbolowym. M. wprowadza do pochwy przez otwór błony dziewiczej cienki wziernik Cusco (używany zwykle do badania kiszki stolcowej) i ustaliwszy część pochwową, wstrzykuje do macicy lek zapomocą strzykawki Brauna. Pierwszych 2—3 wstrzykiwań wykonywa się tylko do szyjki macicznej, a następnie do jamy macicy. Dziewczęta od lat 13 znoszą dosyć lekko ten rękoczyn. M. twierdzi, iż wziernik grubości palca wskazującego, ostrożnie wprowadzony, nie sprawia prawie nigdy rozdarcia błony dziewiczej; wyjątek stanowi oczywiście »hymen cribriforme« i t. p. Po przeprowadzeniu większej seryi wstrzykiwań (zwykle 30) miesiączki ustawały zupełnie w ciągu paru miesięcy, a później zjawiały się prawidłowo. Niektóre z leczonych przez M. wyszły po wyzdrowieniu za mąż i przebyły ciążę prawidłową.
M. Pietkiewicz.

N. Bogoraz. **Zapalenie wyrostka robaczkowego, a narządy płciowe kobiece.** (Żurnał akusz. i żeńsk. bol. 1911, maj i czerwiec). Na zasadzie spostrzeżeń własnych i przypadków, zebranych z piśmiennictwa, dochodzi B. do następujących wniosków: 1) Pomiędzy układami naczyniowymi wyrostka robaczkowego i przydatków macicznych niema związku bezpośredniego; w stosunku wzajemnym spraw chorobowych w tych narządach odgrywają rolę przeważnie zmiany mechaniczne wskutek zrostów. 2) Powikłanie choroby przydatków lub ciąży sprawą zapalną wyrostka jest nader niepomyślne, szczególnie w przypadkach przedziurawienia wyrostka i tworzenia się ropnia. 3) Zabiegi chirurgiczne zmniejszają % zejść niepomyślnych, ale przeważnie wówczas, gdy operacya może być wykonana na zimno, ku czemu dążyć należy wszelkimi sposobami. 4) Przy wspólnym przebiegu zapalenia wyrostka i schorzenia przydatków, szczególnie jeśli się przypuszcza obecność ropnia, należy rozciąć powłoki brzuszne u zewnętrznego brzegu mięśnia prostego lub zapomocą cięcia falistego według Fiodorowa. M. Pietkiewicz.

Sazonow. **Cięcie cesarskie pochwowe.** (Medic. Obozr. 1911, Nr 7). Autor szczegółowo zastanawiając się nad metodą Dührssena, modyfikacyą Bumma, Króniga, Döderleina, nad wskazaniami i przeciwwskazaniami dla tej operacyi, przytacza 6 własnych przypadków (4 przy rzucawce, 2 — przy nizkiem usadowieniu łożyska, 1 — przy zakażeniu) i dochodzi do następujących wniosków: Pochwowe cięcie cesarskie jest wskazane tam, gdzie potrzeba szybko opróżnić macicę, przy nieprzygotowanych częściach miękkich i tam, gdzie są znaczne trudności, albo zupełna niemożność porodu wskutek zmian chorobowych szyjki macicznej. Tomasz Cichocki.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie z d. 23. lutego 1911.

Obecnych 25 członków. Przewodniczy kol. Trzebiński.

1) Kol. Nowiński. Teodor Escherich. (Wspomnienie pośmiertne).

2) Kol. T. Cichocki: **Polyserositis.** W obszernym wykładzie przytacza prelegent poglądy różnych autorów na tę jeszcze zagadkową i różnie rozumianą i nazywaną chorobę (choroba Picka, Bambergera, peririsceritis Hucharda, expression d'une diathese fibreuse-Lancereaux, eine Art von fibröser Diathese Rosenbacha, peritonitis adhaesiva et indurativa Nothnagla, peritonitis deformans Klebsa, polyserositis, polyseritis), zastanawia się nad etyologią i symptomatologią tego cierpienia i przytacza własne 4 przypadki z kliniki Prof. Janowskiego (Kijów), z których w dwu wykonano sekcyę, a w jednym badanie drobnowidowe. Na podstawie własnych spostrzeżeń i piśmiennictwa dochodzi prelegent do wniosku, że »polyserositis« jest to »sui generis« gruźlica błon surowiczych. W tym kierunku jednak potrzebne są jeszcze bardzo szczegółowe badania kliniczne, anatomopatologiczne i doświadczalne, a także obszerniejsze studya nad działaniem toksyn bakteryjnych, w danym przypadku tuberkulozyn (endotoksyn, względnie egzotoksyn gruźliczych) na tkanki, — na błony surowicze. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zaznacza kol. Gilewicz, że tę formę chorobową spotyka się stosunkowo nierzadko wśród żołnierzy w kijowskim szpitalu wojskowym i zapytuje, czy stosowano swoiste leczenie tuberkuliną? — Kol. Cichocki: Prof. Wiczkowski ze Lwowa stosował surowicę Marmorka, lecz bez dodatnich wyników. — Kol. Januszkiewicz uważa chorobę za rzadką; spostrzegał 3 przypadki, przyczem przy sekcyach nie znaleziono ani razu komórek olbrzymich. — Kol. Remińska nadmienia, że co do wyników leczniczych, widziała jeden przypadek, gdzie stosowanie niebieskiego światła dało znaczne polepszenie. — Kol. Nowiński: Piśmiennictwo pedyatryczne mało mówi o tej chorobie. Heubner

opisał u małych dzieci »polyserositis purulenta«. N. obserwował przez 3 lata dziecko dotknięte tą chorobą, u którego na sekcyi znaleziono tylko gruzełki na osierdziu i powiększone gruczoły chłonne. — Kol. Gilewicz zaznacza, że niekiedy u osób zmarłych w podeszłym wieku znajduje się przy sekcyach zmiany, przypominające napotykane przy »polyserositis«, mianowicie przy chorobie opisanej przez Grasseta; w tych przypadkach zmian gruźliczych się nie znajduje. — Kol. Sochacki: Przy formie Grasseta mamy do czynienia z przesiękami, zaś przy »polyserositis« z wysiękami. Nazwy: »polyserositis, pleuroperitonitis, cirrhose cardiopneumonique« dotyczą jednej i tejsamej postaci chorobowej. — Kol. Cichocki: Wysięk w opłucnej i jamie brzusznej nie wystarcza jeszcze dla rozpoznania; prawie zawsze bywa jednocześnie wysięk w osierdziu.

3) Kol. Gilewicz przedstawia i objaśnia sposób używania **stalagmometru Traubego.**

4) Kol. J. Fudakowski pokazuje preparat resekowanego jelita, przedstawiający **wgłobienie** cienkiego jelita w grube **z jednoczesnem zawężleniem** doprowadzającego odcinka jelita cienkiego. J. Fudakowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XVI. Ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 11 (24) lutego 1911 r.

(Dokończenie, ob. Nr 21).

i) Sprawozdanie Komisyi rewizyjnej odczytał jej prezes Dr Wierciński: W dniu 4 lutego 1911 my, podpisani członkowie komisyi rewizyjnej, przejrzeliśmy i sprawdziliśmy księgi rachunkowe, papiery usprawiedliwiające i sumy »Związku Polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, z czego okazało się, że wszystkie pozycye przychodowe i rozchodowe zgadzają się w zupełności z podanemi w rachunkach przez skarbników. Ogólny stan posiadania kasy »Związku« wynosi 2167·13 rs., z której to sumy 2113·25 rs. ulokowane jako conto corrente Nr 2290 »Związku« w Petersb. Oddziale Warszaw. Banku handlowego i 53·88 rs. w gotowiźnie u skarbnika »Związku« Dra Ulińskiego.

Komisya rewizyjna uważa za swój obowiązek prosić skarbnika o 1) ścisłe przestrzeganie zgodności NN pozycyi przychodowych w księdze rachunkowej z takiemiż pozycyami w kwitaryuszach, a dlatego należałoby rozpocząć rok 1191 od Nr 282 z opuszczeniem Nrów 290 i 293 (Nr 290 był przez omyłkę wydrukowany i został zniszczony, Nr zaś 293 już został wpisany w roku sprawozdawczym 1910 r.) i 2) o wymaganie od członków »Związku«, przedstawiających do opłaty rachunki, aby w nich ściśle było wymienione, na jaki cel pieniądze były wydane. Podpisali: U. Wierciński, I. Wachowski, A. Karnicki.

My, podpisani członkowie komisyi rewizyjnej w dniu 4 lutego 1911 przejrzeliśmy i sprawdziliśmy księgę rachunkową, dowody depozytowe i sumy komitetu budowy szpitala polskiego przy »Związku Polskim lekarzy i przyrodników w Petersburgu« za rok 1910, z czego się okazało, że wszystkie rachunki i dochody zapisano w zupełnym porządku. W d. 1 stycznia 1911 roku kapitał komitetu składa się z następujących pozycyi: 1) 19·34 rs. znajduje się w gotowiźnie u skarbnika komitetu Dr Hattowskiego, 2) 36 sztuk $4^1/_2$% obligacyi Petersb. miejskiego Tow. kredyt. po 100 rs. wartości nominalnej każda i 1000 rs. w gotówce, ulokowanych, jako pożyczka u inż. komunikacyi Wasiliewa, za pokwitowaniem zwyczajnem, wydanem d. 1. stycznia 1910 r. na imię Dr Jana Hattowskiego, 3) na rachunku bieżącym Nr 2011 w Petersb. Oddziale handl. Banku w Warszawie 575·71 rs., 4). 1 oblig. $4^1/_2$% Petersb. miejsk. Tow. Kredytow. wartości nominalnej 1000 rs. ulokowana za pokwitowaniem Nr 1313 od dnia 3 lipca 1908 r. w Petersb. oddziale banku handlow. w Warszawie 5) 1 oblig. $4^1/_2$ Mikołajewsk. miejsk. Towarz. Kredyt. wartości nominalnej 100 rs. ulokowana za pokwitowaniem Nr 1799 od 18 stycznia 1911 r. w tymże Banku, co i pozycya 4. 6) 1 premiówka Banku szlacheckiego wartości nominalnej 100 rs. serya 12060 Nr 10 znajdująca się w ręku u skarbnika Dr Hattowskiego.

Komisya rewizyjna uważa za swój obowiązek wypowiedzieć zdanie, że uważa lokowanie kapitałów komitetu w rękach prywatnych za niestosowne i uznaje za niezbędne zakupienie za wszystkie sumy komitetu papierów procentowych i lokowanie ich wyłącznie w Banku. Podpisali: U. Wierciński, I. Wachowski, A. Karnicki.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa podziękowanie za tak wyczerpujące sprawozdania, które najwymowniej świadczą o rozwoju »Związku«, i podaje je do zatwierdzenia. Zgromadzenie zatwierdza wszystkie sprawozdania.

ll) Inż. jener. Eugeniusz Kątkowski wygłosił rzecz p. t. **O wyjaławianiu (sterylizacyi) wody zapomocą ozonu i promieni pozafioletowych.** Mowca, scharakteryzowawszy 4 dotąd używane sposoby wyjaławiania wody, przeznaczonej do użytku, jako to: termiczny, chemiczny, ozonowy i pozafioletowy, dodaje, że termiczny nie nadaje się do wyjaławiania wody w wielkich ilościach, co jest niezbędne dla potrzeb miasta. Co do sposobu chemicznego, to nie ma on dotąd zastosowania w Rosyi, pomimo, że cieszy się uznaniem w Anglii i Ameryce i jest prawie najtańszy. Higieniści rosyjscy kierują się tem, ażeby do wody nie dodawać żadnych pierwiastków chemicznych. Prelegent przechodzi do 2 pozostałych systemów: zapomocą ozonu i promieni pozafioletowych i określa ich wartość, przedstawiając i oceniając ozonatory systemu Siemensa i systemu Otto. Mówca zaznaczył, że ozon zabija drobnoustroje, a nie pali, jak to myślą wogóle. Prątek okrężnicy znajduje się w znacznej ilości w każdej wodzie i najwięcej opiera się działaniu ozonu, więcej, aniżeli ustroje chorobotwórcze. Jeżeli więc przy działaniu ozonu prątka okrężnicy w danej wodzie niema, to oznacza to, że drobnoustrojów chorobotwórczych w niej zupełnie niema. Prelegent wyjaśnił, w jaki sposób odbywa się ozonacya wody na stronie petersburskiej, dodając, że stacya ta jest największą w świecie. Co do przyrządów dla stosowania promieni pozafioletowych, to prelegent zatrzymał się przedewszystkiem na systemie Nogier, a potem wskazał na przyrządy Hewitta, Westinghausa i Billon Daguerrea. Najodpowiedniejsze napięcie wynosi 220 wolt. W razie, gdyby lampka z kwarcu zgasła, przyrządy te są zaopatrzone w urządzenie, które automatycznie zaraz przypływ wody zatrzymuje. Istnieją również i przyrządy pokojowe, lecz działanie ich jest niepewne i urządzenie delikatne. Tak przy stosowaniu ozonu, jak i promieni pozafioletowych, woda newska, jako zawierająca oprócz drobnoustrojów bardzo wiele cząsteczek organicznych, musi być przedtem poddana koagulacyi z następnem filtrowaniem wobec tego, że obecność tych cząsteczek osłabia działanie ozonu i promieni ultrafioletowych. Co się tyczy kosztów, to sposoby te mało się różnią i w obecnej chwili ze sobą współzawodniczą, bo i ozonacya i działanie lampy z kwarcu dają jednakowo dobre wyniki. Tak np. w Nicei istnieje woda ozonowana 1 rok, a dur brzuszny zmniejszył się o 75% w porównaniu z latami gorszemi, a o 55% z latami lepszemi. Mówca oddaje pierwszeństwo ozonowaniu przed stosowaniem promieni pozafioletowych i zaznacza, że znaczna część Petersburga wkrótce będzie zaopatrzona w wodę ozonowaną w wielkich ilościach.

Inż. K. Staniszewski zapytuje prelegenta, dlaczego piasek sprowadzano z Francyi. — Prelegent: Wobec tego, że korzystano z patentowanego przyrządu, więc z początku ściśle stosowano się do przepisu; obecnie już będzie używany materyał miejscowy. — Chemik I. Szabłowski zwrócił uwagę co do lamp z kwarcu, że lampy te palą się najwyżej 400 godzin, poczem już giną promienie pozafioletowe. — Inż. Staniszewski przypuszcza, że woda ozonowana, wpadając do rur nieoczyszczonych, traci ozon i staje się dobrem środowiskiem dla rozwoju drobnoustrojów; przy stosowaniu zaś promieni pozafioletowych tego być nie

może. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za tak zajmujący odczyt.

III. Doc. Dr K. Noiszewski wygłosił rzecz p. t.: **Odczuwanie światła i barw we dnie i o zmroku.** (Rzecz drukowana w »Dzienniku Petersburskim« z roku 1911 15 lutego, Nr 330). Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za tak zajmujący i pouczający odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Na mocy §§ 26 i 27 ustawy dokonano częściowego losowania, z wyniku którego ustępują z Komisyi rewizyjnej pp. Matuszewski i Wachowski. Na ich miejsce jednomyślnie wybrani zostali: Prof. Dr M. Raczyński i inż. kom. Jan Berkiewicz. 2) Na członków rzeczywistych zostali wybrani: Dr Adolf Gładki, Dr Jan Czekanowski, Dr Wanda Szczawińska, Inż-mech. Wacław Chrzanowski, prowiz. Bolesław Tarasiewicz, prowiz. Wacław Mierzwiński, prowiz. Michał Lukoma, prowiz. Wincenty Karoblis. 3) Prezes podnosi sprawę lokowania pieniędzy i nabywania biletów loteryjnych celem zasilania kapitału na budowę szpitala, dodając, że sprawę tę porusza dlatego, gdyż komisya rewizyjna po raz drugi podkreśla sprzeczność z ustawą co do lokowania kapitału. Prezes dodaje, że sprawa ta była poruszona już w Radzie i obecnie prosi Zgromadzenie o wypowiedzenie zdania. — Prof. Ziemacki sądzi, że należy wycofać pieniądze z rąk prywatnych; Inż. Kotarski podnosi, że każda instytucya naukowa powinna lokować swe kapitały w pewnych bankach i papierach, a nie w rękach prywatnych. Dr Uliński uznaje za możliwe umieszczanie pieniędzy w rękach prywatnych, ale wyłącznie na weksel, Dr Wierciński dodaje, że kartka na te 1000 rs. nosi charakter prywatny, albowiem wydana jest nie na imię »Związku« lecz na imię Dr Hattowskiego, Doc. Sowiński wnosi, ażeby sprawę tę rozstrzygnąć przez głosowanie. — Dr Hattowski zapytuje, jak postąpić z pożyczką premiową; pieniądze z rąk prywatnych mogą być nazajutrz wycofane. — Prezes poddaje sprawę głosowaniu: Uchwalono bezwłocznie wycofać 1000 rs. z rąk prywatnych, zaś pożyczkę premiową zatrzymać. 4) Ponownie omawiano sprawę pomocy lekarskiej w przytułku ks. Około-Kułaka za rogatką Narwską przy ul. Uszakowskiej. 5) Prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż w Krakowie powstaje Towarzystwo muzeum etnograficznego, zaznacza, iż kierownikiem będzie etnograf i antropolog Prof. Dr Julian Talko-Hryncewicz, znany ze swych prac w Syberyi i Mongolii i gorąco zaleca składanie ofiar na ten cel doniosły. 6) Dr Zakrzewski podaje do wiadomości, iż dla braku czasu nie może nadal pełnić obowiązków wiceprezesa Komitetu budowy szpitala polskiego w Petersburgu, które to obowiązki obecnie składa w ręce Rady. Rada w imieniu Zgromadzenia wyraża Dr Zakrzewskiemu żal z powodu ustąpienia i gorące podziękowanie za tak świetne wyniki materyalne jego pracy dla funduszów szpitala i uchwala zaprosić na wiceprezesa Komitetu Dr Marcinkiewicza.

Sekretarz: Sowiński.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Krakowie.

z dnia 2 maja 1911.

1) Landau i Lustgarten. **Tumor cerebri.** W. K. 11 letni chłopiec, zgłosił się do ambulatoryum kliniki neurolog. z powodu bezwładu ręki od dni pięciu. Brak obciążenia dziedzicznego, w szczególności co do gruźlicy i kiły. Chory cierpi od lat kilku na mierne bóle głowy z wymiotami. 5 dni przed zgłoszeniem się do kliniki wystąpiła bez poprzedzających zwiastunów (aura, paraesthesiae) padaczka Jacksona w zakresie prawej strony twarzy i prawej ręki. Napadów tych było w pięciu dniach kilka. Trzeci napad miał charakter napadu padaczkowego ogólnego z utratą przytomności i po nim wystąpiło porażenie ręki prawej.

Osobnik dobrze odżywiony, bez znamion degeneracyjnych, pod względem psychicznym prawidłowy. Czaszka bez śladów urazu, lekko bolesna w okolicy czołowej po obu stronach. Ustna gałąź nerwu twarzowego prawego wybitniej zajęta, niż po stronie lewej. Neuritis et oedema n. opticorum oc. utriusque, praecip. oc. sin. Inne nerwy czaszkowe bez zmian. Kończyna górna prawa niedowładna, największe upośledzenie obwodowo. Wszystkie odruchy ścięgniste i okostne po stronie prawej żywsze, niż po lewej. Napięcie mięśniowe nieco zwiększone w porównaniu ze stroną lewą. Lekki stopień bezładu (ataxia). Brak jakichkolwiek zaburzeń czucia. Odruch kolanowy prawy nieco żywszy, niż lewy, podeszwowy prawy zaś słabszy. Na podstawie tych danych rozpoznano guz w okolicy ośrodków ruchowych po stronie lewej i to w zakresie zakrętu pośrodkowego przedniego w okolicy ośrodka ręki. — W dyskusyi przyjęto jednomyślnie tak rozpoznanie, jak i określenie siedziby guza, wyłączając na podstawie danych fizycznych tak zatrucia, jak padaczkę Jacksonowską na tle histerycznem i zapalenie opon gruźlicze lub ropne. Co do przyrody guza skłoniono się do przyjęcia nowotworu, oczekując jednak wyniku odczynu Wassermana i Moro. Wobec rozpoznania uznano wskazanie do zabiegu operacyjnego i skierowano chorego na klinikę chirurgiczną.

2) Borowiecki przedstawia przypadek, w którym rozpoznanie waha się między **nowotworem, a guzem gruźliczym mózgu**. Kazimierz J., lat 12, chory od roku 1907. Rodzina matki obarczona gruźlicą, ponadto nerwowa. Chory w kilka dni po urodzeniu miał »konwulsye«. Następnie we wrześniu 1907 pewnego dnia mówił niezrozumiale, mylił się w pacierzu i chwytał się za głowę. Położony do łóżka mówił od rzeczy. W kilka godzin później powrócił stan prawidłowy. W kilka dni bóle w kręgosłupie i potylicy, w ręce i nodze prawej. Chory nazywa przedmioty fałszywie, choć dobrze je rozpoznaje; zez, podwójne widzenie, czasem sztywnienie prawej ręki i nogi. Ten stan po kilku tygodniach ustępuje, pozostają jednak blizko przez rok bóle i zawroty głowy, jakoteż osłabienie prawych kończyn. We wrześniu 1908 w nocy kilkakrotnie napady połączone z chrapaniem, z których dobudzić można chorego po kilkunastu minutach; raz w napadzie zesztywnienie ręki prawej. Podobne napady w 1909 i 1910. Chory czasem mówił niezrozumiale i skarżył się, iż nie mógł tego powiedzieć, co chciał; raz zauważono skrzywienie twarzy w prawo. Od początku roku ubiegłego postępujące osłabienie wzroku. Od 16 kwietnia 1910 przez kilka dni drgawki; raz zauważono, iż drgawki rozpoczęły się w twarzy, przeszły na rękę prawą, wreszcie na prawą nogę, a potem stały się ogólnemi. Trzykrotnie oddał chory podczas tych napadów bezwiednie mocz.

Badanie neurologiczne stwierdza jedynie zanik obu nerwów wzrokowych, zresztą zaś brak wszelkich objawów somatycznych. Objaw Wassermana ujemny, odczyn Moro niepewny, natomiast odczyn precypitacyjny tuberkuliny z surowicą krwi dodatni. (Pracownia Dra Putermana w Sosnowcu).

W dyskusyi kol. Borowiecki, jakoteż Prof. Piltz oświadczają się raczej za guzem gruźliczym mózgu na podstawie braku wzmagających się objawów wzrastającego ciśnienia śródmózgowego i dodatniego odczynu co do gruźlicy. Podniesiono również niepewność wywiadów co do domniemanej padaczki Jacksona, a brak w tym kierunku własnych spostrzeżeń. Wskazań do ewentualnego zabiegu chirurgicznego na podstawie tych danych nie znaleziono.

3) Kol. Jasieński przedstawia chorą M. B. lat 13 z rozpoznaniem **pląsawicy u osoby histerycznej.** Od początku kwietnia 1911 ruchy pląsawicze gwałtowne w zakresie rąk, nóg, całego tułowia, z początku trudność w mowie, następnie zupełna niemożność mówienia i połykania płynów, które wylewają się przez nos. Chora nie może chodzić, pada, ma liczne zdarcia naskórka. Rodzice podają jako charakterystyczne złośliwość i drażliwość usposobienia cho-

rej, spotęgowane ogromnie od czasu choroby. Obciążenie dziedziczne: Alkoholizm ojca, jego obojga rodziców, całego rodzeństwa, oraz gruźlica, również alkoholizm ze strony matki. Matka stwierdza u córki wielkie interesowanie się życiem płciowem W styczniu obecnego roku pierwsza menstruacya, która już więcej nie wystąpiła.

Badanie wykazało mniejszą nieco sprawność kończyny górnej prawej, oraz obniżenie wszystkich odruchów ścięgnistych, zwłaszcza kolanowych. Odruchu brzusznego wywołać nie można. Nader wybitne i gwałtowne ruchy pląsawicze. Już podczas pierwszego badania gwałtowność ruchów nieco złagodniała, natomiast chora skarży się na osłabienie wzroku; liczy palce na dwa kroki. Umieszczono chorą w szpitalu. Na drugi dzień badanie wykazuje ustąpienie dolegliwości wzrokowych, chora mówi, je i pije dobrze, ruchy pląsawicze pozostały, ale słabe. Obserwacya bezpośrednia chorej stwierdziła niewątpliwy obraz pląsawicy, szybkie zaś zmiany w tym obrazie, bezsprzeczny wpływ poddawania na przebieg sprawy, jakoteż wywiady co do obciążenia dziedzicznego, pląsawicy u siostry, charakteru chorej, jej pewnego podniecenia płciowego (także i menstruacya), uzasadniały przyjęcie podkładu histerycznego.

4) Kol. Dąbrowski przedstawia 31-letniego chorego St. Cz. Obarczenia dziedzicznego niema. Przed 5 laty zaziębienie, bóle w krzyżach, nogach, od tego czasu nogi słabsze. Początek obecnej choroby oznacza chory na początek bieżącego roku. W tym czasie uczucie zimna i cierpnięcia w podeszwach, podobne wrażenia później w goleniach i udach; od marca osłabienie kończyn dolnych, potęgujące się tak, iż 23 kwietnia chory o własnych siłach chodzić nie może. Od marca utrudnienie w oddawaniu moczu i stolca.

Badanie wykazuje brak obustronny dolnych odruchów brzusznych (górne prawidłowe), brak odruchów mosznowych, kurczowe porażenie poprzeczne, wybitniejsze po stronie prawej, ze znacznem wzmożeniem odruchów ścięgnistych, objawem Babińskiego po stronie prawej, drganiem padaczkowatem (clonus verus) rzepki lewej obu stóp. Odruchów pośladkowych i odbytowych nie stwierdzono. Znacznego stopnia zaburzenia czucia wszelkiego rodzaju w kończynach dolnych i dolnej części brzucha, sięgające ku górze aż do okolicy, odpowiadającej X. segmentowi grzbietowemu. Na podstawie tych objawów przyjmuje kol. Dąbrowski **poprzeczne zapalenie rdzenia**, stanowczo jednak nie wyłączając nowotworu rdzenia.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

W sekcyi medycyny wewnętrznej:

69) L. Mańkowski (Kulparków): Badanie zapomocą kwestyonaryusza zasobu pojęciowego (inwentarza inteligencyi) u ludzi umysłowo zdrowych. 70) Bohdanowicz (Nicea): Przyczynek do badań nad działaniem surowicy przeciwgruźliczej Marmorka. 71) Żuławski (Gorlice): I. Tachycardia w gruźlicy płuc. 72) Tenże: Kilka uwag o leczeniu gruźlicy płuc promieniami słońca (helioterapia). 73) M. Reichenstein (z kliniki lekarskiej Uniwersytetu we Lwowie): W sprawie podziału etyologicznego cukrzycy. 74) Juliusz Wiśniewski: Vitiligo.

W sekcyi medycyny teoretycznej:

38) Prof. J. Prus (Lwów): O usypianiu zapomocą elektryczności. 39) Tenże: Działanie prądów o wysokiem napięciu i częstej zmienności na serce.

W sekcyi chirurgicznej:

36) Prof. B. Kader (Kraków): Resekcya kątnicy i jelita rubego. 37) Nüssenfeld (Kraków): Zwężenia i niedrożności jelit po operacyach ostrych ropnych zapaleń wyrostka robaczkowego. 38) Tenże: Tendolysis i neurolysis. 39) Doc. Radliński (Kraków): W sprawie narkozy pantoponem-skopolam.-eterem 40) L. Mieczkowski (Poznań): O usypianiu zapomocą weronalu, pantoponu i mieszaniny eteru z chloroformem. 41) M. Dehnel (Kraków): Znieczulenie żylne sposobem Biera. 42) Zaremba (Husiatyn): O wynikach odkażania pola operacyjnego jodyną. 43) Tenże: Demonstracye preparatów: a) wśliźnięcia glisty do tchawicy z uduszeniem; b) kamienia pęcherza moczowego, powstałego dokoła fasoli. 44) L. Mieczkowski (Poznań): Stosunek nerek do jelita grubego. 45) Doc. Radliński (Kraków): Meningocele sacralis anterior. 46) Doc. Zalewski (Lwów): Wpływ zwężeń górnych dróg oddechowych na krążenie i oddychanie. 47) Wieser (Lwów): Dwa przypadki gąsienic much w uchu. 48) Tenże: Geograficzny rozkład przypadków twardzieli w Galicyi wsch. 49) Prof. Jurasz (Lwów): O fizyologicznych stosunkach trzech dźwięków mowy: i, y, j — w głosowni. 50) Tenże: O leczeniu przerostów muszli dolnej. 51) Litwinowicz (Lwów): Temat zastrzeżony. Na zgłoszone w ostatnich dniach życzenie chirurgów warszawskich poruszona będzie sprawa leczenia ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego. Referat objął A. Zawadzki (Warszawa).

Dalsze zgłoszenia odczytów uprasza się adresować: Prof. Dr B. Kader, Kraków, Klinika chirurgiczna, Kopernika 40. Chorzy, sprowadzeni przez uczestników Zjazdu do przedstawienia znajdą pomieszczenie w Klinice chirurg. Kopernika 40. Szczegółowy porządek dzienny posiedzeń ukaże się przed samym Zjazdem.

Henryk Braun.

(Wspomnienie pośmiertne).

Jeszcze nie przebrzmiała wieść o zgonie dwóch słynnych mistrzów starej chirurgii, a znowu ponosi chirurgia niemiecka nową stratę. W Getyndze zmarł nagle Henryk Braun. W życiu tego człowieka ciągle cierpienie i nieszczęście splatało się ze sławą.

Po odbyciu studyów uniwersyteckich poświęcił się Braun pierwotnie fizyologii, co też odbiło się dodatnio na późniejszej jego działalności. W r. 1873 habilitował się z zakresu fizyologii w Giessen, lecz już zaraz potem poczuł powołanie do chirurgii, został asystentem Simona w Heidelbergu, a po śmierci tegoż asystentem Czernego. W r. 1875 habilitował się z zakresu chirurgii, a w 3 lata później został profesorem nadzwyczajnym. Następnie prowadził oddział w Mannheim, potem klinikę w Jenie, Marburgu, Królewcu, a w końcu i w Getyndze.

W pełni życia i szczęścia stracił młodą żonę, co rzuciło cień smutku na jego całe życie. W kilka lat potem dotknęło go drugie nieszczęście. Wskutek silnego zakażenia i ropienia gruczołów pachowych musiał poddać się ich wycięciu, co pociągło za sobą przewlekły obrzęk kończyny, ciągłe zapalenia i różę. Dla chirurga to rzecz przecież straszna! Mimo tych ciosów pracował Braun aż do ostatniej chwili, a śmierć wyrwała go nagle od pracy.

Imię jego łączy się ściśle z postępami chirurgii brzusznej, chirurgii naczyń i plastyk. On właściwie nauczył nas łączyć bocznie jelita zamiast zeszywać je okrężnie. Nauczycielem był znakomitym, a przytem, co nieczęsto się zdarza, nietylko zupełnie nie był zazdrosny o powodzenie swych uczniów, ale owszem prawdziwie ojcowską otaczał ich opieką. Postępami uczniów i odkryciami ich cieszył się zawsze, jak swojemi.

Dr Adolf Klęsk.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Odnowienie dyplomu Prof. Jakubowskiego odbyło się d. 26. VI. b. r. o godz. 12 w auli Uniwersytetu, gdzie zebrali się wszyscy dziekani i profesorzy Uniwersytetu Jagiellońskiego, delegat namiestnika Fedorowicz, protomedyk r. dw. Dr Merunowicz ze Lwowa, pułkownik obrony krajowej Lach, jako przedstawiciel wojskowego oddziału sanitarnego, wiceprezes Akademii Umiejętności Prof. Zoll (senior), prezydyum Izby lekarskiej, zarząd i członkowie Towarzystwa lekarskiego, reprezentanci Towarzystwa kolonii wakacyjnych w Rabce, oraz liczne grono dawnych uczniów Jubilata, wśród nich Prof. Raczyński ze Lwowa.

W chwili, gdy Jubilat wszedł do auli w towarzystwie rektora Uniwersytetu i dziekana Wydziału lekarskiego, powstali wszyscy z miejsc, poczem zabrał głos rektor Witkowski, wskazując na niezwykłą uroczystość, która nie jest aktem formalności, lecz wypływa z potrzeby serca, ze zrozumienia, jak wielkie zasługi położył Prof. Jakubowski około wiedzy i nauki. Następnie przemówił dziekan Wydziału lekarskiego Prof. Klecki, który zaznaczył, że działalność jubilata nie ograniczała się jedynie do szerzenia nabytej już wiedzy, w poszukiwaniu dróg nowych zaszczepił u nas Prof. Jakubowski nową gałąź nauki: pedyatrię. Dzięki jego zabiegom stanął szpital dla dzieci św. Ludwika w Krakowie; i klinika przy Uniwersytecie Jagiellońskim. Nakoniec wręczył mowca Jubilatowi dyplom z życzeniami, aby służył mu jak najdłuższe jeszcze lata. Prof. Jakubowski w odpowiedzi podziękował wszystkim za okazane mu wyrazy sympatyi.

Popołudniu udały się do mieszkania Jubilata deputacye Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, w których uczestniczyli Prof. Cybulski, prezydent Dr Schoengut, Dr Akerman, Prof. Ciechanowski, Prof. Krzyształowicz, Dr J. Landau sen. i Dr Wojciechowski. Od Towarzystwa lek., którego Prof. Jakubowski jest jednym z założycieli i najstarszym członkiem, przemawiał Prof. Cybulski, od Izby, której Jubilat był pierwszym prezydentem, składał życzenia Dr Schoengut, a od »Przeglądu lek.« Prof Ciechanowski. Jubilat, dziękując za życzenia, skreślił plany swoje, dotyczące utworzenia stałego sanatoryum dla dzieci w Rabce.

Obok licznych telegramów od kolegów i znajomych przesłali Jubilatowi życzenia: minister oświaty hr. Stürgkh, minister dla Galicyi Zaleski, namiestnik Galicyi Dr Bobrzyński, marszałek krajowy St. hr. Badeni, prezes Akademii Umiejętności Stan. hr. Tarnowski, szef sekcyi min. dla Galicyi Zdz. Morawski, szef departamentu V. Wydziału krajowego Dr Bernadzikowski wraz z personalem lekarskim tegoż departamentu, Towarzystwa lekarskie warszawskie i lwowskie, Redakcya »Gazety lekarskiej« i »Tygodnika lekarskiego«, gremium lekarzy szpitala krajowego lwowskiego, grono pedyatrów warszawskich i in.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Arnold Rappaport, rodem z Podhajec i p. Gustaw Szulc, rodem z Burakowa w Król. Pol.

— Polskie Towarzystwo balneologiczne przesłało nam następujące wiadomości o wystawie balneologicznej:

Projektowana przez Polskie Towarzystwo balneologiczne podczas XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wystawa, zapowiada się bardzo dobrze. Zgłoszono już prawie wszystkie zakłady zdrojowo-kąpielowe i uzdrowiska krajowe i wiele pozakrajowych, polskich, głównie z Królestwa Polskiego, Litwy i Wołynia. Między innemi Zakopane zajmię aż 2 sale, Rymanów, Krynica, Lubień, Rabka, Iwonicz, Szczawnica, Wisła, Swoszowice i inne zgłosiły większy obszar miejsc. Najwięcej na uznanie zasługują zdrojowiska i uzdrowiska Królestwa Polskiego i Litwy, które, nie szczędząc kosztów i trudu, wszystkie zapowiedziały swój udział, więc Nałęczów, Druskieniki, Połąga i t. d.; z zakładów humanitarnych Instytut higieny dziecięcej w Warszawie i inne.

Zgłoszenia przyjmować będzie Komitet do końca czerwca; miejsca stosunkowo niewiele już pozostaje do dyspozycyi i dlatego odkładający zgłoszenia na ostatni czas, mogą spotkać się z ewentualnością, iż nie otrzymają odpowiedniego miejsca. Komitet wystawowy nie szczędzi trudów i pracy, aby tylko uprzystępnić i ułatwić wystawcom całą manipulacyę. Wystarczy tylko przysłać odpowiednie przedmioty, a odpowiednie ustawienie ich bierze na siebie komitet. Celem ułatwienia przesyłania przedmiotów na wystawę komitet oddał całą część transportową firmie ekspedycyjno komisowej Goldlust i Ska w Krakowie, która za małem stosunkowo wynagrodzeniem zajmie się odbieraniem z kolei, przewozem na wystawę, rozpakowaniem, asekuracyą, zapakowaniem i powrotną wysyłką przysłanych na wystawę przedmiotów. Wszystkie przysłane na wystawę przedmioty, są wolne od powrotnej opłaty przewozowej. Podległe ocleniu przedmioty z zagranicy, które wrócą z powrotem zaraz po ukończeniu wystawy, są wolne od cła po złożeniu odpowiedniej kaucyi, czem zajmie się już powyższa firma. Uprasza się wszystkich wystawców o wcześniejsze nadesłanie wykazu i opisu przedmiotów wystawy, a to celem sporządzenia katalogu, który w ozdobnem wydaniu będzie wręczany wszystkim uczestnikom Zjazdu przy uroczystem otwarciu wystawy.

Komitet wystawy porozumiał się z komitetem wystawy sekcyi farmaceutycznej Zjazdu, która mieścić się będzie w sąsiednim gmachu Towarzystwa technicznego, co do wspólnej reklamy, dekoracyi zewnętrznej i terminu otwarcia wystaw. W tym też celu komitet podjął starania, aby otwarcię wystaw było jednym z punktów programu inauguracyjnych uroczystości Zjazdu. Każdemu uczestnikowi Zjazdu wręczona będzie wraz z kartą uczestnictwa Zjazdu bezpłatna karta wstępu na wystawę balneologiczną. Wszelkich wyjaśnień szczegółowych o wystawie udziela Polskie Towarzystwo balneologiczne (Kraków, Batorego 1).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. VI. do 24. VI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej —; płonicy 5 † 1 (— † —), odry 6 † — (— † —), duru brzusznego 3 † — (1 † —).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Kasa pomocy naukowej im. Mianowskiego liczyła w r. 1910 członków założycieli 88, honorowych 161, rzeczywistych 573. W roku tym otrzymała lub zrealizowała Kasa 11 zapisów. Bilans Kasy wynosił 681.743 rb., w czem fundusze wieczyste, czasowe i dożywotnie 596.465 rb., odsetki od funduszów specyalnych 19012 rb., kapitał zasobowy i obrotowy 64197 rb. Zapomogi warunkowo zwrotne wynoszą 62 843 rb. W r. 1910 wypłacono na badania i wydawnictwa naukowe zapomóg bezzwrotnych 32.942 rb., warunkowo zwrotnych 12.858 rb., razem 45.800 rb. W zakresie nauk lekarskich przyznano zapomogi Dr Dunin-Karwickiej (1000 rb.), J. Pruszyńskiemu (900), Sosnowskiemu (300), Heryngowi (500), J. Bielińskiemu (3.200, na wydanie II. tomu dzieła »Uniwersytet warszawski«), S. Gaszyńskiemu (4.044 na wydanie dzieła »Akuszerya«), Palmirskiemu (400), Serkowskiemu (750 na wyd. Bakteryologii), J. Brunnerowi (500), T. Łapińskiemu (145·62).

— Dział higieny przemysłowej i spożywczej będzie utworzony na wystawie przemysłowo-spożywczej, która się odbędzie w Warszawie na Dynasach od 7. IX. do 15. X. b. r. Program tego działu wystawy jest następujący: 1) Zabezpieczenie robotników od nieszczęśliwych przypadków. 2) Zabezpieczenie robotników od szkodliwości zawodowych. 3) Ankieta i wyniki ankiety (przedst. graficznie) żywienia się robotników fabrycznych. 4) Praca kobiet w fabrykach. Ochrona dzieci robotników (ochrony, szkoły). 5) Alkoholizm. Nikotynizm. 6) Higiena żywienia i produktów spożywczych: normy odżywcze; zwalczanie falsyfikatów. 7) Choroby zakaźne (z głównem uwzględn. ospy, gruźlicy, płonicy). 8) Prostytucya; choroby weneryczne. 9) Pomoc nagła w nieszczęśliwych wypadkach; trucizny i odtrutki. 10) Popularyzowanie higieny (pogadanki, broszury) i statystyka działalności lekarskiej fabrycznej. 11) Higiena odzieży (próbki tkanin). Higiena indywidualna (higiena jamy ustnej, czystość ciała etc.). 12) Sposoby zwalczania pyłu i wentylacya. 13) Unieszkodliwienie ścieków wpuszczanych do rzek; woda do picia w fabrykach nieskanalizowanych. Komitet organizacyjny wystawy prosi inteligentne sfery naszego społeczeństwa o moralne poparcie tej dydaktycznej części wystawy, o udzielenie wystawie wzorów, tablic, modeli, fotografii i tablic statystycznych w powyższym zakresie, o ułatwienie zebrania i zestawienia danych, mających dać obraz naszej kultury. W tym celu komitet uprasza o wskazanie przestrzeni potrzebnej w dziale naukowym (higieny przemysłowej i spożywczej) i bezpłatnie potrzebnego miejsca jaknajchętniej udzieli. Bliższych informacyi udziela Dyrekcya wystawy (Warszawa, Krakowskie Przedmieście Nr 58).

— Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi otrzymało na ukończenie budowy sanatoryum w Karolinie 40.000 rubli z zapisu ś. p. Stanisława Kierbedzia.

Z różnych stron. W Żytomierzu urządzony na cele walki z gruźlicą »dzień kwiatów« przyniósł przeszło 5.300 rb. dochodu.

— Zarząd Towarzystwa dla budowy i utrzymania międzynarodowego »Domu dla lekarzy« we Francensbadzie, prosi nas o ogłoszenie następującego podziękowania:

»Wszystkim Panom Kolegom, którzy raczyli przyjąć przesłane im przez nas marki (znaczki dla budowy Domu) składamy na tem miejscu nasze podziękowanie. Jak najuprzejmiej dziękujemy tym Panom Kolegom, którzy przez ofiarowane naddatki przyczynili się do przyspieszenia naszych koleżeńskich i humanitarnych celów. — Prezydyum Zarządu »Domu dla lekarzy« we Francensbadzie«.

Zmarli:

Dr Alfred Albinowski

zmarł dnia 25. VI. b. r. w 49. r. ż. w Krakowie. Zmarły był jednym z tych nielicznych, którzy całe swe życie poświęcili dla idei i nigdy pomimo rozlicznych wielkich przeciwności nie zeszli z tej drogi, lecz zachowali zawsze silny hart ducha aż do samego końca.

Ś. p. Alfred Albinowski urodził się w Jałożcach pod Brodami w r. 1862. Po ukończeniu gimnazyum św. Jacka w Krakowie poświęcił się studyom lekarskim na Uniwersytecie Jagiellońskim. W czasie studyów brał żywy udział w życiu młodzieży akademickiej, która dla Jego niezwykłych zalet charakteru, serca i umysłu powierzała mu bez przerwy w czasie od 1885—1890 roku godność wiceprezesa a następnie prezesa »Czytelni akademickiej«. Był to burzliwy i przełomowy okres w rozwoju »Czytelni akademickiej« i potrzeba było dużo taktu, rozwagi i samodzielności ze strony przewodniczącego. Ta wieloletnia praca w stowarzyszeniach akademickich przyczyniła się, iż ś. p. Alfred opóźnił ukończenie swych studyów zawodowych i dopiero w r. 1902 uzyskał dyplom doktorski. Zaraz po doktoracie wstępuje do szpitala św. Łazarza w Krakowie i tutaj przez 8 lat pracuje z całem zaparciem się, zrazu jako lekarz pomocniczy na oddziale chirurgicznym i położniczo-ginekologicznym, następnie jako sekundaryusz na oddziale chorób wewnętrznych, przyświecając młodszym kolegom niezrównaną pilnością i sumiennością w spełnianiu swych obowiązków zawodowych, i postępowaniem nacechowanem zawsze wysoką szlachetnością wobec wszystkich współkolegów i chorych. Zbyt wątły ustrój nie mógł wytrzymać tej nadmiernej pracy zawodowej w warunkach szpitalnych możliwie najbardziej niehigienicznych. To też po 3-letnim pobycie na oddziale chorób wewnętrznych wskutek nadmiernej wytężającej pracy zawodowej — uległ ciężkiej chorobie piersiowej, która odtąd, pomimo wszelkich wysiłków, coraz bardziej podkopywała to szlachetne życie. W ostatnim czasie, już ciężką niemocą złożony, pełnił obowiązki sekretarza Izby lekarskiej. Cześć pamięci najzacniejszego kolegi i przyjaciela. K.

Dr Henryk Pacanowski, b. ordynator szpitala izraelickiego, w 54 r. ż. w Warszawie, Dr Alfred Albinowski w 49 r. ż. w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Bernatzika maść formaldehydowa działa pewnie przeciw nadmiernemu poceniu się rąk i nóg i zapobiega zaziębieniu. Wypróbowana klinicznie i przez lekarzy praktycznych.

Uwagi z powodu odpowiedzi Prof. A. Sołowija na moją krytykę jego „nauki położnictwa dla położnych w krótkim zarysie“.

(Przegląd lekarski“ Nr 21. i 24. 1911).

Jest zwyczajem w pismach naukowych przyjętym, że się przyjmuje jedynie krytykę i odpowiedź na nią, i bardzo słusznie. Inaczej bowiem sprawa mogłaby ze szkodą czegoś lepszego przewlekać się bez końca. Dlatego też zmuszony jestem do podania moich uwag na odpowiedź Prof. Sołowija w tej formie, zabierając głos raz jeszcze, i to poraz ostatni. A zmusza mię do tego nie rzecz sama, lecz konieczność bronienia się od poczynionych mi zarzutów.

Na wstępie, aby nie powtarzać się, wspomnę, że na zarzuty ważnych pominięć i braków odpowiada autor: »Mogę Prof. B. zapewnić, że uczennice mojej szkoły wiedzą dokładnie...« Ja temu zupełnie wierzę i zaznaczam, że moja krytyka nie odnosiła się całkiem do nauczycielskiej działalności autora, i że tu nie o to chodzi, ale o to, że z owej »nauki położnictwa dla położnych« nie mogą się one nauczyć tego, czego w niej niema. Dlatego też twierdziłem i twierdzę, że owa książeczka, jako ułatwienie zadania nauczycielskiego autora, mogła śmiało pozostać spokojnie wśród murów szkoły. A gdy raz ujrzała światło wystawy księgarskiej z napisem na okładce wielkiemi literami »Nauka położnictwa«, to już jako książka odpowiada sama za siebie i braki w niej wytknięte nie dadzą się żadnemi, nawet bardzo uroczystemi zapewnieniami zastąpić.

Na zarzut mój, że autor pominął przestrogę, i to ze względu na aseptykę, aby położna nie odprowadzała pępowiny, na zewnątrz przed części rodne wypadniętej, przybiera Prof. Sołowij pozę wysokiej humanitarności w słowach patetycznych, że »na wydanie wyroku śmierci płodu, jeżeli jest możebność ratowania go«, nie mógłby się zgodzić. Więc czy mam mu przypominać, czy pouczać go tak, jak on ma ochotę ze mną czynić, że do uratowania życia dziecka służy obrót na nóżki, a żadnej akuszerce samymi palcami odprowadzenie dużej pętli pępowiny nie może się przecie udać skutecznie, więc pocóż rodzącą narażać na zakażenie. Prof. Sołowij ignoruje to zupełnie w tem przekonaniu, że sprawę tę zbyć można patosem. A przecie niepodobna, aby istotnych pobudek, które mię zmusiły do wytknięcia tego błędu, nie rozumiał!

Jak wiadomo z mojej krytyki, umieścił autor w przewodzie kości krzyżowej (może nawet przez pomyłkę) rdzeń kręgowy. A gdy mu mimochodem to wytknąłem, dziwi się temu, jak można coś podobnego wytknąć. Ja sądzę, że tego błędu nie wytknąłby ktoś, kogoby on nie raził, a takiego chyba pomiędzy lekarzami nie znajdzie. Ale mniejsza o to. Mógł Prof. Sołowij poprostu przyznać się do »lapsus calami« i sprawa byłaby ubita bez regresu. Ale jemu się podobało, abym ja i tu racyi nie miał i odpowiada: »a przecie trzeba było położnej w jakiś przystępny sposób powiedzieć, co w tym kanale się mieści«. Tak zupełnie, jakby powiedzenie prawdy, że przez przewód kości krzyżowej przebiegają nerwy z rdzenia kręgowego wychodzące, było sposobem mniej przystępnym, niż powiedzenie, że tamtędy przebiega rdzeń. Tu byłaby była anatomia lepszą wskazówką od dzieła terminologicznego, na które się autor powołuje.

Na str. 4 pisze autor o kościach miednicy: »Kości boczne składają się pierwotnie, w wieku dziecięcym, z kości biodrowej, siedzeniowej i łonowej, które zrastają się później ze sobą w panewce stawu biodrowego«. Wytknąłem zatem autorowi, że ten ustęp tak brzmi, jakby te części kości biodrowej j e d y n i e w panewce się ze sobą zrastały, a nie w całej długości. Wszak one tylko kątami swymi schodzą się w panewce. Ponieważ jednak w mojej krytyce mylnie zamiast części kości biodrowej, napisałem kości miednicy, więc autor tej pomyłki się chwyta i twierdzi, że ja mu podsuwam zdanie, jakoby kości miednicy zrastały się ze sobą w panewce.

Ktoby, pisząc krytykę, mylnie cytował tekst autora, to, jeżeli nie względy etyczne, to powstrzymaćby go od tego musiało to, że jawną broń przeciw sobie podaje w rękę krytykowanemu. Nie dziwię się też temu, że ją Prof. Sołowij tak chętnie chwycił. Lecz pytam, czy to ratuje poprawność zacytowanego ustępu?

Autor obstaje też przy słuszności swego twierdzenia, że »miednica mała przedstawia się jako pierścień od przodu wklęsły, od tyłu wypukły«. Gdyby był powiedział, że p r z e w ó d m i e d n i c y m a ł e j jest jakby wycinkiem pierścienia kostnego, to chociaż to byłoby dla akuszerek równie niezrozumiałe, nie byłoby przecie nonsensem. Ale, co jest w tem doskonałe, że na usprawiedliwienie tej definicyi cytuje autor ustęp ze Spätha, w którym o pierścieniu niema ani słowa.

Silnie stara się autor również obronić wartość mierzenia obwodu miednicy. Ale tu, nie mogąc powołać się na żadną z obecnie żyjących powag, porusza prochy zmarłych i używa zwrotu ku mnie skierowanego: »Wobec tego

zechce Prof. B. przyjąć do wiadomości, że tak znakomity położnik, jakim był Spăth....«, którego uczniem miał zaszczyt być autor, polecał ten sposób mierzenia. Przyjmuję chętnie do wiadomości ten szczegół biograficzny i o ile mię rachuby nie mylą, sądzę, że to musiało być przed pojawieniem się pomnikowego dzieła o miednicy Litzmanna. Zresztą byłoby bardzo smutno, gdyby dzisiejsze wiadomości autora nie były znacznie większe od ówczesnych wiadomości ś. p. Spătha. Na tem bowiem postęp polega, że uczniowie idą dalej od nauczycieli. Że ten sposób badania miednicy niema żadnej wartości i że wielkość pomiarów zależy od ilości tłuszczu, a nie od wielkości miednicy, o tem szkoda dyskutować. A że bez podania tylnego punktu już nawet dla samego mierzenia niema wartości, to także pewne.

Jeżeli zaś sposób ten uważa autor za »bardzo prosty i cenny dla położnej«, to musiałby on być takim samym i dla lekarza, a przecie tak nie jest.

Na str. 20 podał autor taki ustęp: »Ciemię małe jest przy porodzie czaszkowym częścią poprzedzającą czaszki, zwraca się w próżni miednicy ku przodowi i pokazuje się w szparze sromowej tuż pod spojeniem łonowem«.

W mojej krytyce zaprotestowałem przeciw takiemu uogólnieniu tej sprawy. Zgodziłbym się zaś chętnie na to, gdyby autor był napisał, że u pierwiastek, w prawidłowych położeniach czaszkowych przy nizkim stanie główki w miednicy poprzedza okolica ciemiączka małego. Ustęp też z Bumma przez autora cytowany, odnosi się do pierwiastek tych (70%), u których mechanizm wchodowy nie istnieje, gdyż główka razem z dolnym odcinkiem macicy już w ostatnim miesiącu ciąży obniża się aż do głównego poziomu (Veita).

Początek swej odpowiedzi na moją krytykę, pomijając ubolewanie nad moją nieostrożnością, rozpoczyna Prof. Sołowij od pouczenia mnie i ogółu, że przygięcie główki ku klatce piersiowej pochodzi stąd, iż kręgosłup nie jest umocowany w środku podstawy czaszki. Naturalnie, że to mi przypominając, ma autor na myśli ów mechanizm dłuższej dźwigni. Otóż to jest teorya już nie istniejąca. Główka bowiem ma samoistne, czynne przygięcie (Wigand. Olshausen) już pierwotnie, które się w miarę oporu zwiększa. Jeżeliby zatem kręgosłup umieszczał się w środku, a takie czynne przysunięcie główki ku klatce piersiowej istniało, to się również zwiększać będzie przy zwiększonym ucisku z boków i z dołu. Taką naukę, jako najlepszą, odpowiadającą rzeczywistości, byłbym był bez odpowiedzi przyjął od Prof. Sołowija. Ale też o niej ani słychu w podręcznikach, do których mię autor po wiedzę odsyła. Natomiast bywa w podręcznikach, jak Bumma i innych, traktowany mechanizm każdego poziomu miednicy szczegółowo, we wchodzie, w próżni i w wychodzie.

Ja nie żądam wcale, aby ten mechanizm był tak samo traktowany i dla akuszerek, ale aby był przynajmniej podany nie w formie zupełnego uogólnienia, niezgodnego z rzeczywistością.

Jeżeli autor wątpi w to, że macica w trzecim okresie porodowym dosięgać może dnem aż do podżebrza z powodu dużego łożyska już w pochwie będącego, bez żadnego krwotoku, to tylko z tego może się okazywać, że chyba nigdy okresu trzeciego zupełnie siłom natury nie pozostawiał. Przytem pisze on: »Ładnie wyglądałaby ta rodząca i dydaktyczne wyniki szkoły, której wychowanki zostałyby wyszkolone w pojęciu, że to nie szkodzi, gdy macica dosięga dnem do podżebrza«.

Na to mogę autorowi odpowiedzieć, że bardzo ładnieby ta szkoła rzeczywiście wyglądała, które uczennice wiedziałyby, — a wiedzieć mogą i powinny, bo to rzecz, która się da nauczyć, — kiedy wznoszenie się macicy w górę jest stanem prawidłowym, a kiedy nie.

Spodziewam się, że tym razem, cytując ustępy, którym czyniłem zarzuty, chyba zrzucam z siebie zarzut nie rzeczowej i nie przedmiotowej krytyki, o którą mnie autor posądza w łatwo zrozumiałym nastroju, do którego niestety musiałem się przyczynić.

W. Bylicki.

Lwów, w czerwcu 1911.

Nakładem autora. — W Krakowie, w drukarni c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod zarządem Józefa Filipowskiego.